

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

173

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 26 Janvier, à une heure

PAR EUGÈNE DRUON

Né à Annay (Pas-de-Calais) le 25 juillet 1872,
Interne des Hôpitaux de Lille,
de l'Hôpital des Enfants, de la Maternité Sainte-Anne,
Membre-Adjoint de la Société Anatomique-Clinique.

NÉOPLASMES KYSTIQUES

DE

L'UTÉRUS

CYSTO-FIBROMES, CYSTO-SARCOMES, ETC.

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM. PANAS, professeur,

MÉNÉTRIER,) agrégés.

FAURE,

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR,

23, 25, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 23, 25

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

173

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 26 Janvier, à une heure

PAR EUGÈNE DRUON

Né à Annay (Pas-de-Calais) le 25 juillet 1872,

Interne des Hôpitaux de Lille,

de l'Hôpital des Enfants, de la Maternité Sainte-Anne,

Membre-Adjoint de la Société Anatomique-Clinique.

NÉOPLASMES KYSTIQUES

DE

L'UTÉRUS

CYSTO-FIBROMES, CYSTO-SARCOMES, ETC.

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM. PANAS, professeur.

MÉNÉTRIER, {
FAURE, { agrégés.

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23, 25, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 23, 25

—
1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen M. BROUARDEL.

Professeurs MM.

Anatomie.	FARABEUF.
Pysiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	HUTINEL.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN.
Clinique des maladies des enfants	JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	DIEULAFOY.
Clinique des maladies nerveuses	GRANCHER.
Clinique chirurgicale	FOURNIER.
Clinique ophtalmologique	JOFFROY.
Clinique des voies urinaires	RAYMOND.
Clinique d'accouchements	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLIAUX.
	BERGER.
	PANAS.
	GUYON.
	PINARD.
	BUDIN.

Agrévés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA (André)	Gilles de la Tourette	MÉNÉTRIÉR	WARNIER
BROCA (Aug.)	HARTMANN	MÉRY	WALLICH
CHARRIN	LANGLOIS	ROGER	WALTHER
CHASSEVANT	LAUNOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET (Pierre)	LEGUEU	TEISSIER	WURTZ

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DÉDICACE

Le 2 août 1882, mon Père nous dédiait à ma sœur et à moi sa thèse inaugurale de docteur en médecine. Il venait de conquérir son diplôme avec honneur et un courage bien rare à une époque de la vie qui n'est déjà plus la jeunesse. Il donnait ainsi à ses enfants un gage de son amour et de son dévouement sans bornes.

Combien je suis heureux aujourd'hui de pouvoir payer mon cher Père de retour et de lui faire aussi la dédicace de cet humble travail comme un témoignage public de mon admiration et de ma filiale et profonde gratitude. Son exemple a été pour moi une initiation de chaque jour à la pratique de l'art médical. Comme lui je n'aurai d'autres goûts que l'étude, le soin des malades pauvres et riches, le bonheur du foyer domestique ; c'est là mon serment d'Hippocrate.

Je dédie mon livre à Toi aussi, ma bonne et dévouée Mère, pour te remercier de vingt-six années de tendresse et de sollicitude, toutes passées près de toi, si rapides et si heureuses.

Je le dédie à mes grands-parents pour honorer leurs 75 ans ; à ma sœur bien-aimée, à son mari et à ses enfants ; à mes oncles et à mes tantes.

Je le dédie à la mémoire de nos morts.

Je prie tous mes anciens Maîtres de vouloir bien agréer la
dédicace de cette thèse, en témoignage de ma sincère gratitude. Ce
m'est un devoir d'offrir tout particulièrement ce trop faible hom-
mage de respect et de reconnaissance à Monseigneur le Recteur,
quitté au collège Saint-Joseph et retrouvé à l'Université Catholique;
à notre éminent Doyen de la Faculté libre de Médecine; à
Messieurs les professeurs Duret, Augier, Eustache, Derville, qui,
pendant trois années d'Internat dans les hôpitaux de Lille, à
l'hôpital des Enfants, à la Maternité, m'ont prodigué leur savant
enseignement, et donné tant de preuves de leur bienveillance;

A mon Président de Thèse,

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU,

Professeur de Clinique Chirurgicale,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur,

pour le remercier du grand honneur qu'il me fait.

NÉOPLASMES KYSTIQUES DE L'UTÉRUS

Cysto-fibromes, Cysto-sarcomes, etc.

INTRODUCTION

L'histoire des néoplasmes kystiques de l'utérus n'a pas encore pris rang dans les traités classiques. Les éléments en sont épars de tous côtés dans les journaux, les revues et les publications spéciales. Ne serait-il pas utile de les réunir dans un cadre plus étroit pour avoir une vue d'ensemble, et de résumer l'état de la question à l'heure actuelle?

Cette idée, notre Maître, M. le professeur Duret, nous l'a suggérée à la suite de plusieurs cas typiques de néoplasmes kystiques de l'utérus rencontrés coup sur coup dans son important service de chirurgie.

Nous avons en ce moment l'honneur et le grand avantage d'être l'interne du savant professeur. Il nous fit recueillir ces faits, nous conseilla d'en étudier avec soin la physionomie clinique, d'en déterminer les caractères histologiques, de joindre nos observations aux observations les plus intéressantes déjà publiées sur le même sujet, de faire en un mot la monographie des néoplasmes kystiques de l'utérus.

Notre programme était ainsi nettement tracé; nous avons tenté, dans la mesure de nos forces, de le réaliser. Nous avons l'obligation de rechercher les travaux antérieurs se rapportant à notre sujet, et d'en extraire la moelle substantielle. C'est ainsi que nous

avons mis largement à contribution les études de Terrillon sur le « Sarcome de l'utérus » ; de Paviot et Bérard sur le « Cancer musculaire lisse » ; de M. Duret sur les « Cysto-fibromes et cysto-sarcomes de l'utérus » ; les thèses de Le Bec, Costes, Hyenne, etc.

Quant à nos examens histologiques, nous voulons leur laisser toute leur valeur scientifique, en disant qu'ils sont dus à la haute compétence de M. le professeur Augier. Avec une bienveillance vraiment paternelle, il nous reçut dans son laboratoire d'anatomie pathologique, et nous ouvrit le trésor de son savoir et de ses précieuses collections ; nous ne saurions trop le remercier.

Dans cette étude des Néoplasmes kystiques de l'utérus, nous examinerons successivement leurs formes anatomiques, leur mode de formation et leur nature, les symptômes par lesquels ils se révèlent, les moyens de les distinguer des affections avec lesquelles on pourrait les confondre, le traitement qu'on doit leur appliquer.

Notre ambition serait pleinement satisfaite si, en apportant quelques faits nouveaux soigneusement et minutieusement étudiés, nous pouvons réunir dans un même cadre et mettre en lumière les doctrines et les théories proposées pendant les dernières années sur les Néoplasmes kystiques de l'utérus.

CHAPITRE I

Définition. — Étude macroscopique.

Les néoplasmes kystiques de l'utérus, ou kystomes utérins, sont des productions composées d'une masse solide néoplasique et d'une portion liquide contenue dans des cavités qui, par leur volume considérable, donnent à ces productions un de leurs principaux caractères.

Ainsi comprises, elles doivent être distinguées des néoformations de même origine, que Cruveilhier a désignées sous le nom de tumeurs à géodes, où l'on rencontre également des cavités ; mais celles-ci, tout en amenant par leur présence un certain degré de mollesse dans la masse néoplasique, n'ont cependant pas un volume assez important pour lui faire perdre, dans son ensemble, son caractère de production solide. Toutefois il faut reconnaître que ces deux variétés de tumeurs semblent résulter d'un processus identique, qui aboutirait tantôt aux grandes loges des tumeurs kystiques, tantôt simplement à des géodes de dimensions plus ou moins considérables ; la même pathogénie s'applique donc aux deux espèces de formations, il n'y a qu'une différence de développement dont la cause reste indéterminée. Mais il y a une telle dissemblance dans l'aspect anatomique et dans la physionomie clinique que la distinction est nécessaire et toujours facile.

Quant aux kystes de l'utérus, décrits autrefois comme des productions en quelque sorte essentielles, ayant une évolution propre et indépendante de tout processus néoplasique, ils ne sont plus

admis à l'heure actuelle ; on les considère comme des tumeurs kystiques dont la portion solide a subi, dans sa totalité, la transformation cavitaire.

Les néoplasmes kystiques utérins constituent ordinairement de volumineuses productions qui peuvent aller jusqu'à remplir la plus grande partie de la cavité abdominale, en refoulant de tous côtés, et surtout contre la colonne vertébrale, les viscères qui y sont contenus. Stockard a enlevé, chez une négresse, une tumeur semblable qui pesait 135 livres (américaines), soit un peu plus de 50 kilos.

On peut, d'après leur *aspect*, distinguer les variétés suivantes.

Les unes sont *monokystiques* (obs. 1, 3, 5) et sont formées par une énorme poche, à la base de laquelle, dans la région sous-ombilicale et même dans le pelvis, on trouve une tumeur solide plus ou moins régulière et d'origine utérine ; quelquefois celle-ci occupe un des côtés et le kyste est latéral.

Les autres sont *polykystiques* (obs. 2, 4). Elles constituent alors une masse irrégulière, composée de lobes volumineux inégaux qui semblent bourgeonner sur une masse solide ; les cavités kystiques les plus considérables sont ordinairement celles qui sont les plus éloignées de la tumeur basilaire. Sur une coupe on reconnaît que les kystes sont rarement indépendants et communiquent entre eux. La cavité est généralement cloisonnée par des séparations incomplètes, remontant plus ou moins haut dans son intérieur, et qui sont formées par des expansions tantôt minces, tantôt épaisses, de la portion charnue de la tumeur.

Comme les fibromes, dont d'ailleurs ils dérivent fréquemment, comme nous le verrons plus loin, les néoplasmes kystiques peuvent, au point de vue de leur disposition topographique, être sous-péritonéaux, interstitiels, cavitaires.

Dans la *forme sous-péritonéale*, le cystome utérin peut être ou sessile ou pédiculé. Dans le premier cas, la base d'implantation est ordinairement très large et semble constituée en quelque sorte par l'utérus lui-même très hypertrophié. Tantôt le néoplasme paraît coiffer le fond de l'organe, et alors le développement est surtout abdominal. Tantôt ce sont les faces

latérales qui en sont le point de départ; on voit alors la matrice immobilisée dans le petit bassin complètement rempli. Les productions kystiques peuvent aussi s'inclure dans l'épaisseur des ligaments larges. Dans la suite du développement, ces tumeurs, de pelviennes, deviennent abdominales.

La forme sous-péritonéale pédiculée est assez fréquente. Le pédicule s'insère presque toujours sur le fond de l'utérus (obs. 3, 4), ou sur la face postérieure, à un niveau fort élevé; il est généralement assez court, fortement vascularisé, et peut atteindre le volume du poignet et même du bras; l'autre extrémité répond à la masse solide de la production. La matrice est très souvent déformée et allongée, soit dans sa totalité, soit seulement par l'une de ses cornes qui se trouve comme étirée.

La forme *interstitielle*, intra-pariétale, est rare (obs. 5), ou du moins ne reste que peu de temps en cet état; par suite de leur accroissement rapide et considérable, les tumeurs kystiques arrivent vite à proéminer, soit sous le péritoine et elles rentrent alors dans les variétés précédentes, soit vers la muqueuse et elles deviennent alors intra-utérines.

La forme *cavitaire*, sessile ou polypeuse, est la moins commune; les formations kystiques distendent l'organe en le remplissant, et peuvent dilater le col et pénétrer dans le vagin où elles constituent de gros bourgeons fluctuants. Dans un cas de ce genre, Péan (*in* thèse Le Bec) fit une ouverture sur la portion saillante de la poche, et après suppuration et rétraction la guérison fut obtenue.

Ces trois modes de situation peuvent se combiner, et l'on a rencontré, par exemple, des néoplasmes kystiques qui sont à la fois sous-péritonéaux, interstitiels et cavitaires (obs. 1); il faut encore signaler que l'on a vu la néoplasie kystique envahir seulement un ou plusieurs des fibromes d'un utérus fibromateux, laissant les autres intacts.

La couleur du néoplasme kystique n'a rien de caractéristique; le plus souvent grisâtre, elle est fréquemment aussi rougeâtre, surtout quand les parois sont peu épaisses et que le contenu transparait; tous les tons intermédiaires ont été

rencontrés, parfois sur une même tumeur. En somme l'aspect est assez différent de la teinte blanc nacré que présentent en général les kystes de l'ovaire.

Les *parois* des cavités présentent une épaisseur des plus variables; minces en certains endroits jusqu'à laisser voir la couleur du liquide contenu à l'intérieur, elles atteignent en un autre point, parfois très voisin, une dimension de plusieurs centimètres. Leur consistance varie aussi dans les mêmes proportions, et se trouve tantôt friable à l'excès, tantôt molasse et charnue; elle peut devenir fibreuse et même presque cartilagineuse.

La *face interne* des cavités kystiques est rarement lisse, le plus souvent elle est irrégulière, mamelonnée, tomenteuse; dans quelques cas, elle était comme végétante et villose; d'autres fois elle semble s'exfolier sous forme de lambeaux membraneux d'épaisseur variable. L'aspect général est donc très irrégulier et rappelle, suivant une heureuse comparaison d'Atlee, celui des cavités du cœur.

Le *contenu* des kystes est fréquemment abondant; nous avons rencontré des cas où la quantité de liquide était de 4 et 8 litres (obs. 2, 5); mais il en existe où elle était bien plus considérable encore; c'est d'ailleurs à propos des néoplasmes kystiques que l'on a rencontré les tumeurs les plus lourdes de l'utérus, et dans ces cas la portion liquide l'emporte toujours en volume sur la portion solide.

Le liquide des cavités est parfois du sang presque pur. Dans la grande majorité des observations, il était constitué par un sérum sanguinolent plus ou moins foncé; dans les cas déjà un peu anciens, la coloration, au lieu d'être rouge, est fréquemment jaune-ocre par suite des altérations des pigments sanguins; souvent aussi le liquide devient alors épais et coule avec une certaine difficulté. Dans des cas beaucoup plus rares, le contenu était un liquide séreux, citrin; dans une observation de Koeberlé, il était limpide, légèrement jaunâtre, analogue à de la lymphe, et se coagulait spontanément au contact de l'air; il conservait au contraire sa fluidité jusqu'au lendemain dans les loges demeurées intactes. Pozzi (obs. 13), dans une cavité kystique située entre la

muqueuse et la musculieuse, a trouvé de nombreuses vésicules gélatineuses, ressemblant au corps vitré et renfermant un liquide visqueux, fibrineux, se prenant en masse. Terrier et Quénu (1) ont observé de leur côté un cas analogue. Dans de très rares observations, et à la suite de complications diverses, le liquide était devenu purulent (obs. 6, 8, 24); le pus était alors ou complètement stérile, ou bien il contenait des microbes divers à virulence plus ou moins accentuée.

Il est remarquable que le plus souvent le liquide ait un caractère sanguinolent; cela s'explique par la présence dans la paroi, au voisinage des cavités, d'un très grand nombre de vaisseaux qui sont d'autre part très friables par suite de leur organisation incomplète.

Au point de vue chimique, le liquide, quand sa pureté et sa limpidité ont permis une analyse exacte, a les plus grandes analogies avec le sérum sanguin; au microscope on y trouve un grand nombre de globules rouges, et parfois des éléments musculaires ou fibreux ou embryonnaires.

Les *altérations de voisinage* sont presque de règle. Beaucoup plus souvent que dans les autres tumeurs abdominales, on trouve des adhérences du néoplasme kystique, soit avec le péritoine pariétal, soit avec l'épiploon, soit encore avec les différents viscères, principalement l'intestin grêle, le colon, la vessie. Ces adhérences sont généralement très étendues et très solides; elles sont constituées, non par des tractus lamelleux que l'on peut facilement détacher, mais par un véritable tissu grisâtre, très vasculaire, qui unit très fortement la néoformation aux divers organes comme s'il y avait un envahissement de leurs tuniques par le néoplasme (obs. 1); aussi, dans les tentatives de libération de la tumeur, les parois des viscères se trouvent-elles fréquemment amincies, déchirées et même ouvertes; l'acte opératoire se trouve de ce chef singulièrement compliqué, prolongé et aggravé.

(1) TERRIER, QUÉNU, *Société de Géographie*, juin 1887.

CHAPITRE II

Pathogénie. — Nature

Dès que les tumeurs kystiques de l'utérus furent signalées, elles fixèrent l'attention des anatomo-pathologistes qui cherchèrent à déterminer l'origine des cavités kystiques et à connaître leur mode de formation. C'est à l'exposé des diverses théories proposées à ce sujet que nous consacrerons ce chapitre.

Nous croyons pouvoir, au point de vue de l'étude anatomo-pathologique, identifier les tumeurs kystiques et les tumeurs à géodes ; en effet, comme le dit Le Bec, « cette dernière espèce « de néoplasmes semble être en quelque sorte le premier degré « possible de la maladie. Dans l'une, les kystes sont petits, « multiples et prennent la forme de simples cavités ; dans « l'autre, ces cavités sont agrandies et des kystes énormes « se forment. » Les autres auteurs partagent cette opinion.

Rappelons d'abord très brièvement la constitution de l'utérus. Trois couches y ont été décrites :

a) Une couche externe séreuse formée de cellules endothéliales plates, reposant sur une lame de tissu connectif, qui renferme quelques fibres élastiques ;

b) Une couche moyenne, d'épaisseur considérable, composée de faisceaux entremêlés de fibres musculaires lisses et séparés par du tissu conjonctif ;

c) Une couche interne muqueuse constituée par un chorion très dense surmonté d'un épithélium à cils vibratils ; cette

couche épithéliale présente de nombreuses invaginations en culs-de-sac glandulaires, qui s'enfoncent dans le chorion sous-jacent ; quelques-unes le traversent complètement et vont se terminer au sein de la couche musculaire, dans l'intervalle de ses faisceaux :

Enfin, de très nombreux vaisseaux sanguins et lymphatiques parcourent ces différentes couches.

En résumé, les différents systèmes de cellules que l'on rencontre dans l'utérus sont :

a) Des cellules épithéliales formant la muqueuse utérine et les culs-de-sac glandulaires ;

b) Des cellules musculaires lisses formant le tissu propre de l'utérus et entrant dans la constitution des vaisseaux ;

c) Des cellules conjonctives formant le chorion muqueux, la couche sous-endothéliale de la séreuse, séparant les éléments musculaires dans la couche moyenne, et entrant aussi dans la constitution des vaisseaux ;

d) Des cellules endothéliales formant la paroi interne des vaisseaux sanguins ou lymphatiques, et la couche de revêtement de la séreuse péritonéale.

Voyons maintenant auxquels de ces éléments les auteurs ont attribué l'origine des cavités kystiques.

Deux constatations absolument contraires furent tout de suite posées.

Les uns décrivent aux *kystes* une membrane propre composée de cellules bien différenciées, mais il y a désaccord sur la valeur de ces cellules. Pour ceux-ci elles sont épithéliales ; pour ceux-là elles sont endothéliales et proviennent de la couche interne des vaisseaux, spécialement des vaisseaux lymphatiques.

Les autres, au contraire, refusent aux cavités kystiques toute membrane limitante spéciale ; le liquide baigne directement les éléments de la tumeur ; les cavités ne sont que des cavernes creusées au sein du néoplasme. Ce sont des *faux kystes* produits soit par la disparition des éléments constitutifs à la suite de nécrose ou de dégénérescence, soit par leur écartement sous l'influence d'une infiltration œdémateuse. Ces différents états

se rencontrent à des degrés divers dans des tumeurs fibreuses simples, mais le plus souvent, d'après les recherches les plus récentes, ils sont l'indice et la conséquence d'un processus de transformation dans la constitution de la tumeur (évolution sarcomateuse) ou encore de la prolifération maligne aiguë de certains des éléments du tissu utérin.

Théorie lymphatique.

Les formations kystiques dans les tumeurs utérines sont dues à d'énormes dilatations des espaces lymphatiques.

Kœberlé, en 1869, émet le premier cette opinion sur leur origine. A propos d'une observation mémorable (1), parce que ce fut le premier cas où le diagnostic fut fait avant l'opération, il dit : « Tout porte à croire que les kystes sont dus à la dilatation progressive des vaisseaux lymphatiques. Le liquide contenu dans leur cavité est, comme la lymphe, limpide, jaunâtre, fibrineux, et spontanément coagulable. Les grandes cavités sont sphéroïdales, tandis que les petites sont aplaties en forme de sinus plus ou moins irréguliers; elles communiquent entre elles par des ouvertures plus ou moins prononcées. Ces kystes sont toujours consécutifs à un obstacle mécanique à la circulation de la lymphe. » Ce n'est pourtant là qu'une hypothèse, car, dans l'examen microscopique qu'il publie, il n'est pas fait mention de cellules endothéliales formant un revêtement à la paroi des kystes.

Billroth (1872), tout en reconnaissant que l'hypertension dans les vaisseaux lymphatiques peut amener la dilatation de leur calibre, propose un autre mécanisme. Il a vu se produire dans certains points d'un fibro-myome une infiltration par des cellules jeunes; au centre de ces zones apparaît une vacuole « qui n'est peut-être qu'un espace lymphatique dilaté » et dont la paroi devient à la fois secrétante et exsudante. Cette sécrétion se fait par la séparation de la partie muqueuse du protoplasme des cellules constituant la paroi; elle forme le liquide du kyste et explique

(1) KœBERLÉ, *Bulletin Académie de Médecine*, 1869.

l'accroissement rapide. Mais l'auteur ne donne aucune indication sur l'aspect et la nature des cellules en cause.

Léopold et Fehling publient, en 1875, l'analyse microscopique d'un fibro-myome lymphangiectode (1) dont on avait retiré 1500 gr. de liquide citrin, qui se coagula spontanément.

Le Bec (2) a examiné avec André la paroi interne des kystes de plusieurs tumeurs et l'a trouvée « uniquement constituée par une « membrane endothéliale à cellules aplaties, formant un revêtement mince et fragile, et reposant sur une membrane basale mal « accentuée ; le noyau de ces cellules est volumineux surtout « dans les éléments jeunes ; il est ovale, granuleux et remplit complètement la cellule dans certains points. Dans la cavité « il s'accumule du liquide, non par sécrétion de la paroi, mais par « suite de difficultés dans la circulation, et le kyste grossit en « refoulant le tissu fibro-musculaire. »

En 1883, Doléris (3) se rattache fermement à la formation des kystes par la dilatation des espaces lymphatiques ; il aurait réussi à en imprégner l'endothélium par le nitrate d'argent. « La paroi « est constituée par un endothélium à cellules plates, à noyau « faiblement saillant ; les contours de ces cellules sont légèrement « dentelés, mais généralement d'une façon peu accentuée. »

En 1887, Rein, Müller (4) publient chacun deux cas où ils ont trouvé un endothélium très net, soit par le nitrate d'argent sur la pièce fraîche, soit après durcissement dans le bichromate de potasse.

Terrillon (5) fait examiner une tumeur par Malassez et Poupinel ; ils découvrent « dans la paroi des cavités une couche de cellules plates de nature endothéliale ou épithéliale, sans qu'on puisse préciser davantage. » Poirier (6) décrit des lymphatiques sous-séreux hypertrophiés et dilatés gros comme le pouce.

(1) FEHLING et LÉOPOLD, *Archiv. F. Gyn.*, 1875, Bd VII.

(2) LE BEC, *Étude sur les tumeurs fibro-kystiques et les kystes de l'utérus.* — Th. Paris, 1880.

(3) DOLÉRIS, *Archiv. Tocologie*, janvier et février 1883.

(4) MÜLLER, *Archiv. F. Gynæk.*, 1887, Bd XXX.

(5) TERRILLON, *Académie de Médecine*, juin 1886.

(6) POIRIER, *Société Anatomique de Paris*, juillet 1890.

Dans ces derniers temps, la théorie lymphatique ne semble pas avoir rencontré beaucoup d'adeptes, et la littérature médicale n'en a enregistré que de bien rares exemples. Les cas publiés ont d'ailleurs été l'objet de discussions, et certaines observations ont été revendiquées par les partisans de la théorie épithéliale que nous allons exposer maintenant.

Théorie épithéliale

Les cavités kystiques des tumeurs utérines ont une paroi propre composée d'éléments épithéliaux.

« A l'examen microscopique, on voit que le kyste est tapissé
« d'un épithélium cylindrique à une seule couche; les cellules
« sont très hautes, bien colorables, le noyau très gros est à peu
« près au centre de la cellule; il est rond, vésiculeux, vigoureuse-
« ment coloré. Pas de cils vibratils visibles. » (Rolly.)

Peu en faveur en France où des observations de ce genre n'ont été que rarement publiées, cette théorie est en grand honneur en Allemagne. Babès, Ruge et Veit, Breus, Schroder, Scottlander, Recklinghausen, Rolly en furent les promoteurs et en restent les champions; chez nous, Legueu et Marien, en particulier, en sont aussi partisans. Elle se rattache à cette théorie des mêmes auteurs, dont elle n'est en somme qu'un corollaire, d'après laquelle les fibro-myomes utérins sont en réalité des adénomes dont l'élément épithélial s'est atrophié parfois jusqu'à disparaître, tandis que l'élément fibreux a proliféré et a pris un développement excessif; autour de ce noyau les cellules musculaires réagissent en se multipliant, et ainsi se trouve constitué le fibro-myome. Quand, au contraire, l'élément épithélial conserve toute sa vitalité et l'emporte sur l'élément conjonctif, la production aboutira à la formation de kystes tels que ceux décrits plus haut.

Il n'est pas rare en effet de rencontrer au sein des fibromes des cellules épithéliales cylindriques et, le plus souvent par leur disposition régulière, elles font penser à des formations glandulaires.

Quelle est l'origine de ces cellules épithéliales? A ce sujet les opinions sont un peu différentes.

Babès (1), appliquant la théorie de Conheim, admet qu'à la suite d'un trouble dans le développement pendant la vie embryonnaire, des rudiments des *glandes de la muqueuse* se seraient égarés dans la couche musculaire. Cannitzer (2), Hauser arrivent aux mêmes conclusions.

En opposition avec cette théorie de l'ectopie embryonnaire, Schroder, Voigt, Scottlander, Legueu et Marien (3) défendent celle de la séparation post-embryonnaire. Les cellules épithéliales proviendraient aussi des glandes de la muqueuse, mais par un mécanisme différent. Ou bien à la suite d'une endométrite ces glandes s'invagineraient dans le parenchyme et y provoqueraient la formation d'un adéno-myome; ou bien, irrités par le voisinage d'un fibromyome en contact avec la muqueuse, les culs-de-sac glandulaires pénétreraient dans l'intérieur de ce fibro-myome en s'insinuant dans l'intervalle de ses fibres. Quelle que soit la façon dont elles se trouvent ainsi incluses, ces glandes finissent par se trouver, dans la suite de leur évolution, complètement séparées de la muqueuse dont elles tirent leur origine, et n'ont plus avec elle aucun rapport. Elles peuvent alors soit s'atrophier, soit au contraire proliférer et donner naissance à des cavités kystiques où l'on retrouve l'épithélium cylindrique des glandes utérines.

Breus, Klein, Recklinghausen, Baraban (4), tout en reconnaissant que ce mode de développement est possible, ont établi que

(1) BABÈS, *Formations épithéliales dans les myomes utérins*. (Wiener med. Zeitung, 1882.)

(2) CANNITZER, *Des éléments épithéliaux et des formations kystiques dans les myomes de l'utérus*. (Diss. Berlin, 1886.)

(3) SCHRODER, *Cysto fibromes de l'utérus*. (Strasbourg, 1873.)

VOIGT, *Formations glandulaires dans les myomes*. (Mon. f. Geburts, janv., 1896.)

SCOTTLANDER, *Éléments glandulaires dans les fibromyomes*. (Archiv. gynæk., février, 1897.)

LEGUEU et MARIEN, *Archives de gynécologie*, février 1897.

(4) BREUS, *Présence d'éléments épithéliaux dans les formations kystiques des myomes utérins*, 1894.

KLEIN, *Kyste des débris du corps de Wolff gauche*. (Zeitschr. f. Geb. und Gynæk., 1890.)

RECKLINGHAUSEN, *Des adénomyomes et cystadénomes de l'utérus; leur provenance des débris du corps de Wolff*, 1896.

BARABAN, *Étude sur les cystadénomes de l'utérus*. (Revue médicale de l'Est, 1890.)

les cellules épithéliales proviennent le plus souvent des *débris du corps de Wolff*, et quelquefois aussi, mais beaucoup plus rarement, de son conduit d'excrétion, le canal de Gartner. Normalement ces vestiges wolffiens se retrouvent seulement dans l'épaisseur du ligament large où ils forment l'organe de Rosenmüller et l'hydrotide pédiculée de la trompe. Par suite d'un trouble dans l'évolution embryonnaire, quelques-unes de leurs portions se trouveraient incluses dans le parenchyme utérin où elles pourraient provoquer la formation d'adénomes kystiques.

Ils tirent la démonstration de cette origine du fait que les kystes ont un revêtement composé de cellules épithéliales cylindriques, contenant des granulations pigmentaires dans leur protoplasma, et formant des canaux avec saillies ampullaires très analogues aux glomérules wolffiens. Une autre preuve invoquée est la prédominance presque exclusive de ces formations dans la paroi postérieure de l'utérus et au voisinage des cornes, localisation qui s'explique très bien si l'on adopte cette théorie wolffienne, et qui ne peut que difficilement être interprétée si on les fait provenir des glandes de la muqueuse. D'autre part encore, la fréquence des lésions symétriques semble indiquer une disposition congénitale.

Théorie pseudo-kystique.

D'après les théories que nous venons d'exposer, les cavités des tumeurs kystiques de l'utérus ont une paroi propre et constituent en conséquence de véritables kystes. Mais il faut bien le reconnaître, ces cas sont plutôt exceptionnels; dans la grande majorité des examens qu'ils ont pratiqués à ce sujet, les auteurs ont cherché en vain cette membrane limitante spéciale, même à l'état de débris; ils ont vu les éléments solides de la tumeur être en contact immédiat avec le liquide. Dans ces conditions, les cavités ne sont plus de véritables kystes, mais, comme on les a appelées, des *cavités pseudo-kystiques*.

Il nous faut maintenant examiner quel mode de dévelop-

pement et quelle signification ont été attribués à ces formations; nous allons donc passer en revue les théories proposées à ce sujet.

A. — RAMOLLISSEMENT ET DÉGÉNÉRESCENCE

Virchow (1) explique la formation des faux kystes par le ramollissement et la dégénérescence des tissus constitutifs de la tumeur primitive; les cellules envahies par des granulations graisseuses sont frappées dans leur vitalité; elles meurent et tombent en déliquium; le magma ainsi produit est résorbé par les vaisseaux, et il se forme une cavité pseudokystique. Mais il n'indique pas quelles peuvent être les causes de cette dégénérescence. Klobs, Paget, se rallient à cette opinion, sans en donner davantage l'explication.

Mais, comme le fait remarquer Péan, « si les kystes étaient « le résultat du ramollissement du corps fibreux, on ne devrait les rencontrer que dans une période avancée, alors que « le néoplasme tendrait à la désorganisation. Or on les trouve « le plus souvent, non dans des fibromes anciens, mais dans « des productions jeunes et en pleine activité, et la fluctuation peut se constater dès l'apparition de la tumeur au-dessus du pubis. »

B. — TRANSFORMATION MYXOMATEUSE

Plus tard, Virchow (2) a également prétendu qu'il s'agissait d'une transformation myxomateuse, c'est-à-dire de la production d'un tissu à substance fondamentale hyaline, dans laquelle plongent des cellules rondes ou étoilées émettant des prolongements ramifiés et grêles; mais les autres auteurs n'ont jamais rien observé qui ressemblât à cette structure du myxome; si dans le liquide des cavités, on a constaté la

(1) VIRCHOW, *Pathologie des tumeurs*. 1871.

(2) VIRCHOW, *loc. citat.*

présence de mucine, cela s'explique, d'après eux, par ce fait que les éléments jeunes font facilement de la mucine, et que précisément, au voisinage de ces plaques myxoïdes, le microscope décèle le présence de cellules embryonnaires en voie de prolifération active. Pilliet, qui, dans un de ses examens (1), avait repris la description de Virchow, a renoncé ensuite à cette interprétation, et cette théorie de la transformation, myxomateuse est aujourd'hui complètement abandonnée et rejetée par tous.

C. — NÉCROSE PAR OBLITÉRATION VASCULAIRE

Pilliet (2) a proposé la théorie suivante : « L'endothélium
« des vaisseaux sanguins est formé normalement de larges
« cellules aplaties qui, en se segmentant et en se multipliant,
« arrivent à oblitérer plus ou moins complètement la lumière.
« Alors la circulation s'arrête dans la zone normalement irri-
« guée par le petit vaisseau, et le tissu tributaire, ne recevant
« plus de matériaux de nutrition, se nécrose, d'où la forma-
« tion d'une cavité pseudo-kystique. Si plusieurs vaisseaux
« sont ainsi oblitérés, il en résulte la production d'un grand
« kyste. L'origine du liquide souvent hémorrhagique contenu
« dans les kystes se trouve dans les vaisseaux détruits ; si
« les kystes communiquent avec la cavité de l'utérus, il se
« produit des hémorrhagies. » Costes (3), dans sa thèse, adopte la même interprétation.

A cette théorie, Paviot et Bérard (4) font les objections suivantes : « Nous n'avons pas vu ces oblitérations arté-
« rielles au voisinage de ces *pseudo-kystes* ; ces formations
« n'ont à l'examen macroscopique ou microscopique aucun

(1) PILLIET et AUVRAY, *Corps fibreux du col de l'utérus*. Soc. Anatomique, Paris, juillet, 1891.

(2) Sur l'évolution sarcomateuse des fibromes utérins. Bull. Soc. Anat., juillet, 1891.

(3) COSTES. — Recherche anatomo-path. sur l'évolution des fibromyomes de l'utérus. — Th. Paris, 1895.

(4) PAVIOT et BÉRARD, Du cancer musculaire lisse. Archiv. méd. expérimentale, 1897.

« caractère nécrobiotique ; on ne conçoit pas qu'une tumeur
« de 5 à 8 kilos, tout entière transformée en cavités pseudo-
« kystiques, puisse atteindre un pareil développement si chaque
« cavité est l'œuvre d'une mortification. »

Hyenne (1) « proteste avec énergie contre cette allégation que
« ces formations n'ont aucun caractère nécrobiotique. » Il a
vu « le protoplasma ne plus prendre de réactif colorant, le
« noyau disparaître, tout le tissu réduit à une bouillie grisâtre
« où l'on ne trouve que des masses amorphes au milieu desquelles
« de rares noyaux déformés viennent encore donner la signa-
« ture du tissu musculaire. » Il a vérifié d'ailleurs l'oblitération
vasculaire telle que la comprennent Pilliet et Costes ; dans les
cas où il n'a pu la constater, il attribue la nécrose à la
compression brusque déterminée par l'œdème sur le tissu fibro-
musculaire.

D. — ŒDÈME

C'est Cruveilhier (2) qui le premier a parlé de l'infiltration
œdémateuse comme origine du liquide des pseudo-kystes. « Ils
sont la conséquence de l'œdème, dont le liquide, infiltré d'abord
dans l'épaisseur du corps fibreux, se réunit en masse plus
ou moins considérable dans une cavité anfractueuse, dont les
parois sont constituées par des lobules dissociés du corps fibreux
lui-même ; » il attribue la cause de cet œdème à une phlébite
oblitérante des veines du néoplasme. Guyon (3), dans sa thèse
d'agrégation, insiste aussi sur le ramollissement pour expliquer
la formation des kystes et adopte l'opinion de Cruveilhier.

Plus tard, Lebert et Broca, Cornil et Ranvier, Pozzi, Quénu,
Delbet (4), arrivent aux mêmes conclusions sur la provenance

(1) HYENNE, *Étude anatomo-clinique des principales dégénérescences des fibromyomes de l'utérus*. — Th. Paris, 1893.

(2) CRUVEILHIER, *Traité d'Anat. Pathol. générale*, 1855.

(3) GUYON, *Des tumeurs fibreuses de l'utérus*. — Th. agr., Paris, 1890.

(4) LEBERT, *De la structure des fibroïdes de l'utérus*. (Soc. Biologie, 1852.)

BROCA, *Traité des tumeurs*, tome II, 1859.

CORNIL ET RANVIER, *Manuel d'anat. path.*, 1891.

QUÉNU, *Traité chir. de Duplay et Reclus*, art. *Tumeurs*, tome I.

PIERRE DELBET, *ibid.*, art. *Fibromyome*, tome VIII.

du liquide, mais ne retrouvent pas les oblitérations vasculaires; la circulation paraît au contraire s'effectuer dans des conditions satisfaisantes, les artères et les veines étant plutôt dilatées.

En Allemagne, Koster et son élève Rumler, Ziegler, Pick (1) adoptent les mêmes idées et indiquent comme cause de l'œdème la compression possible et surtout la perméabilité excessive des parois des jeunes vaisseaux, qui sont en effet très nombreux au niveau des points infiltrés.

Paviot et Bérard émettent l'hypothèse suivante : « Si l'œdème « ne peut s'expliquer par l'oblitération inflammatoire des vais-
« seaux veineux, on peut admettre l'existence de stases réduites
« à des territoires vasculaires plus ou moins étendus. On conçoit
« en effet que les veines, plus vite et plus aisément comprimées
« que les artères à l'intérieur de la tumeur en cours de dévelop-
« pement, soient, dans ces territoires au moins, insuffisantes
« à reporter tout le sang; de là l'œdème et sans doute aussi
« les hémorrhagies fréquentes, interstitielles ou sous forme
« de kystes hémorrhagiques, constatées dans ces sortes de
« tumeurs. »

Pilliet et Costes admettent également l'infiltration œdémateuse; ils ont vu « les cellules musculaires ou conjonctives gonflées
« et dissociées par la sérosité; elles perdent, dans leur proto-
« plasma, qui devient granuleux, et dans leur noyau, qui se
« ratatine, pour ainsi dire, l'affinité pour les matières colorantes.
« On aperçoit alors un tissu fibrillaire entre les mailles duquel
« il ne reste plus qu'une substance amorphe. Cette infiltration
« pénètre les bandes musculaires ou conjonctives, et les sépare en
« faisceaux ténus, dont les cellules centrales ont seules échappé
« au processus. » Ils ont voulu en outre déterminer le point
où débute cette infiltration : elle commence « par la paroi du
« vaisseau qui se clive, se décompose en grandes lamelles;
« celles-ci, par leur dissociation finissent par délimiter des petites
« cavités qui se réunissent et constituent les grandes lacunes
« observées dans ce genre de dégénérescence; la lumière des

(1) ZIEGLER, *Traité anat. path. générale.*

PICK, *Histogenèse et classification des sarcomes utérins.* (*Arch., f. Gynæk.*, 1895.)

« vaisseaux disparaît enfin par suite de la compression que
« l'épanchement produit. »

Hyenne et Meslay (1), au contraire, admettent que le plus souvent « l'infiltration débute, non dans l'épaisseur des tuniques du
« vaisseau, mais à sa phériphérie, dans le tissu conjonctif, d'où
« elle s'étend en dissociant les éléments fibro-musculaires jusqu'à
« atteindre en dernier lieu la paroi des capillaires ; » ils ont d'ailleurs vu ceux-ci réduits le plus souvent à une simple couche d'endothélium, baignant dans le liquide de l'œdème. Dans ces conditions, le mode de formation invoqué par Pilliet ne pourrait s'expliquer.

Ces deux dernières théories, qui donnent comme modes de formation des pseudo-kystes la nécrose et l'infiltration séreuse, ont aux yeux de leurs auteurs une grande importance, car elles sont intimement unies par eux à la question très intéressante de la *nature des néoplasmes kystiques*.

Pilliet, dont Costes et Hyenne adoptent les conclusions, admet, nous l'avons vu, la possibilité de l'un et l'autre de ces processus de développement ; mais, pour lui, ils ont chacun une signification toute différente.

Pour bien comprendre ses idées, il est nécessaire que nous exposions d'abord comment il explique la formation du fibromyome.

« Le fibro-myome provient des petits vaisseaux ; tandis que
« l'endothélium reste intact, l'adventice donne naissance à une
« zone de cellules embryonnaires qui se multiplient et se développent pour constituer des rangées successivement concentriques de fibres musculaires lisses, orientées autour du
« vaisseau, les plus jeunes repoussant progressivement les plus
« âgées vers la périphérie. » Quant au tissu fibreux, il se développe de la façon suivante : « Lorsqu'un grand nombre de couches
« musculaires se sont formées, les plus périphériques d'entre elles,
« éloignées du vaisseau, ne reçoivent plus le sang en quantité suffisante pour continuer à vivre normalement ; aussi

(1) HYENNE et MESLAY, *Archives de Gynecologie*, 1898.

« disparaissent-elles peu à peu et sont-elles remplacées par du « tissu fibreux. »

Quand les cavités pseudo-kystiques sont causées par l'infiltration œdémateuse, d'après le processus décrit plus haut, la tumeur ne change pas de nature ; ses éléments sont simplement dissociés dans des proportions plus ou moins fortes par la sérosité : le fibro-myome reste fibro-myome, mais il est devenu fibro-myome kystique.

Quand, au contraire, les pseudo-kystes sont le résultat de la nécrose amenée par l'oblitération vasculaire, ce serait là l'indice et la conséquence d'une *transformation sarcomateuse* de la tumeur. Car si, comme nous l'avons indiqué déjà, par leur bourgeonnement intra-canaliculaire, les cellules embryonnaires dérivant de l'endothélium amènent l'oblitération des vaisseaux et consécutivement la nécrose, d'autre part « elles se multiplient également dans « la substance intermédiaire des fibres musculaires. Celles-ci, « subissant le processus irritatif, s'hypertrophient, leur proto- « plasma perd son homogénéité, sa structure ; leurs noyaux « deviennent granuleux, irréguliers et elles finissent par disparaître pour faire place au tissu sarcomateux qui s'étend peu « à peu. »

On le voit, nous n'avons plus affaire dans ce cas à un fibro-myome simple, mais à un « fibro-myome en voie d'évolution sarcomateuse », à un fibro-sarcome kystique. Le même mode de développement explique également la formation du sarcome primitif du corps même de l'utérus ; la préexistence d'une tumeur fibreuse n'est donc pas indispensable pour observer des cysto-sarcomes de l'utérus. Pilliet ajoute encore : « Les fibromes « kystiques ne sont probablement aussi que des fibro-sarcomes, « dont la portion sarcomateuse a disparu par suite de nécrose » et il conclut que « toute tumeur utérine avec productions pseudo- « kystiques est de nature sarcomateuse, et qu'elle comporte le « degré de malignité attaché aux néoplasmes de cette espèce. »

Cette théorie a été vivement attaquée par Pick, puis par Paviot et Bérard, qui donnent une tout autre signification à l'existence des pseudo-kystes, et une tout autre nature ou du moins une autre origine aux tumeurs qui en sont le siège.

Pour eux, les cavités pseudo-kystiques ne sont pas des produits de désintégration cellulaire comme le conçoit Pilliet. « Jamais nous « n'avons constaté de caractère de dégénérescence dans les « éléments cellulaires renfermés dans les pseudo-kystes ou dans « ceux qui en forment la paroi; jamais nous n'avons trouvé de « formation nette, endo ou périvasculaire, attribuable à l'endo- « thélium; le travail d'oblitération et de nécrose consécutive qui « aboutit à la formation des kystes nous a toujours échappé. »

D'après leur description, au centre des petites formations kystiques, on trouve disséminées quelques rares cellules embryonnaires rondes; puis, au fur et à mesure qu'on approche vers les parties plus dures, on voit ces cellules se multiplier, s'aplatir, devenir fusiformes, se tasser en faisceaux parallèles, enfin se transformer en fibres cellulaires par dépôt autour de leur noyau de substance musculaire; et ces divers éléments sont bien en pleine activité, leur protoplasma est parfaitement homogène, leur noyau se colore vigoureusement, et il ne saurait être question, pour aucun d'entre eux, de phénomènes de dégénérescence, semblables à ceux décrits par Pilliet.

« Les cellules embryonnaires représentent le premier stade de la « multiplication suractive et maligne des cellules musculaires de « l'utérus lui-même ou d'un fibromyome préexistant. »

Les tumeurs dénommées jusqu'ici sarcomes et fibro-sarcomes de l'utérus, seraient donc, selon Paviot et Bérard, de véritables myomes où « les zones d'œdème représentent en réalité un processus d'accroissement, de surnutrition du néoplasme; elles sont « l'indice que la tumeur s'accroît, qu'elle est le siège d'une tén- « dance suractive à l'envahissement », et ces auteurs proposent de donner à ces productions, à cause de leur développement rapide, de leur extension progressive et de quelques faits de généralisation, le nom de « *cancer musculaire lisse* ».

De son côté Vitrac, de Bordeaux (voir obs. 14), adoptant les mêmes idées, admet lui aussi que les cellules dites sarcomateuses sont la phase initiale d'une évolution; mais, dans le cas qu'il a étudié, elle aboutissait à la formation non d'éléments musculaires, mais de cellules fibreuses.

A côté des myomes malins, il y aurait donc aussi des « *fibromes malins* ».

En résumé la formation des cavités kystiques dans les tumeurs de l'utérus a été attribuée à plusieurs processus qui sont :

- dilatation des vaisseaux lymphatiques,
- inclusion des glandes de la muqueuse,
- inclusion de débris wolfiens,

et d'après ces théories, on trouve une membrane propre endothéliale ou épithéliale ; dans une autre théorie cette membrane propre n'existe pas, les cavités résultent de la production dans le néoplasme de zones de :

- ramollissement,
- transformation myxomateuse,
- nécrose,
- infiltration œdémateuse.

Quant à la nature même du néoplasme, il peut s'agir de :

- fibrome,
- sarcome,
- fibrome en voie d'évolution sarcomateuse,
- myome lisse malin,
- fibrome malin.

Ces diverses opinions s'appuient moins sur de simples interprétations que sur des constatations et des faits absolument certains et qu'on ne peut mettre en doute. On a donc eu raison de dire « qu'au point de vue anatomique, les tumeurs kystiques de l'utérus ne constituent pas un groupe naturel » (Pozzi) bien délimité.

Nous allons maintenant exposer les faits que nous avons observés et voir, auxquelles de ces théories ils se rapportent d'après l'étude histologique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1

DURET (*Semaine Gynécologique*, 1898, N° 17.)

Néoplasme kystique de l'utérus (kystes abdominal, interstitiels et cavitaires). — Morcellement. — Hystérectomie totale.

Examen histologique, (AUGIER); Sarcome de nature endothéliale.

M^{me} P..., âgée de 50 ans, pas d'antécédents héréditaires. Réglée à quinze ans pour la première fois, et toujours normalement depuis. Elle a eu 4 enfants et a fait une perte; son dernier enfant a 17 ans. Toutes les couches ont été bonnes. La ménopause ne s'est pas encore établie: elle a encore des pertes, mais irrégulières et souvent abondantes.

Il y a deux ans elle a commencé à maigrir et à pâlir, et elle a remarqué que son ventre grossissait. Depuis ce temps, elle a des leucorrhées, et ses règles sont abondantes et prolongées. Depuis huit mois surtout, l'augmentation du volume du ventre est rapide. Elle n'a pas eu de troubles digestifs; tout au plus un peu de constipation: les mictions sont assez fréquentes.

Le 10 mars 1898, au moment où nous l'examinons dans notre service, elle est pâle, faible, très amaigrie, comme épuisée. Le ventre se présente sous la forme d'un globe très saillant, qui occupe tout l'espace compris entre les hypochondres et le pubis: il proémine d'au moins 30 centimètres en avant du plan antérieur du corps. *Au-dessus* de l'ombilic, le plan que forme sa courbe est très oblique; mais à partir de ce point, elle est très abrupte et devient presque perpendiculaire. L'aspect est assez bien celui de la bosse antérieure de polichinelle, un peu abaissée. La circonférence de l'abdomen au niveau du nombril est de 104 centimètres: il y a 23 centimètres de l'appendice xyphoïde à l'ombilic, et 20 centimètres de ce dernier au pubis.

Dans la région inférieure de la paroi abdominale, on observe un œdème d'une dureté ligneuse; partout des réseaux veineux à grosses mailles. Par le palper, dans la partie inférieure droite de l'abdomen, occupant toute la région sous-ombilicale et le flanc, on constate l'existence d'une tumeur dure, fibreuse, du volume d'une tête d'adulte, qui descend profondément dans le bassin et est immobile. Dans tout le reste de l'abdomen, c'est-à-dire sous l'ombilic, dans le flanc gauche, dans la région sous-ombilicale et dans l'hypochondre gauche, jusque dans la région lombaire, la

tumeur est manifestement liquide et uniloculaire ; dans toutes ces régions on obtient la sensation de flot. La disposition des choses est telle, que, si on se bornait à cette partie de l'examen, on croirait qu'on est en présence d'une tumeur fibreuse, à laquelle est annexé un volumineux kyste ovarique ; mais le reste de l'exploration ne confirme pas ce diagnostic. La percussion montre que l'intestin occupe la région lombaire droite et l'hypochondre droit et une petite partie du creux épigastrique. Le toucher indique que l'utérus est remonté très haut ; les culs-de-sac vaginaux ne sont pas distendus : en refoulant fortement celui du côté droit, on arrive au contact de la tumeur solide. Les lèvres du col sont déchirées et éversées. L'hystéromètre se dirige fortement sur la droite, et pénètre à une profondeur d'au moins 16 centimètres. Ce fait indique un développement considérable de l'utérus. Il nous conduit à adopter de préférence le diagnostic de *cysto-fibrome de l'utérus*, surtout si l'on tient compte des hémorrhagies et du développement rapide du néoplasme.

L'opération est faite le 11 mars 1898. Dès qu'on a ouvert le ventre dans la région sous-ombilicale, on voit que le néoplasme fait absolument corps avec la paroi : on est obligé de déchirer avec les doigts quatre ou cinq kystes du volume d'un œuf de poule, à parois très minces, transparentes, qui laissent couler un liquide sanguinolent, très foncé. Il est complètement impossible de pénétrer en avant ou sur les côtés du néoplasme : dans toute la partie sous-ombilicale, la tumeur est soudée intimement à la paroi, par un épaississement fibreux, sans aucun plan de clivage, comme si le tissu fibromateux de la tumeur avait envahi la paroi elle-même. On ne sait où se trouve la vessie, et une sonde introduite reste loin au-dessous de la région opératoire. On prolonge l'incision jusqu'au-dessus de l'appendice xyphoïde, et on met ainsi à découvert la face antérieure de l'estomac et le foie, seuls organes reconnaissables. Il devient alors possible de glisser la main sous le mésocolon. Le colon transverse dans toute son étendue, et l'épiploon, grisâtre, épaissi, dur, sont intimement soudés à la tumeur. Avec la main qui est sous le mésocolon, on décolle le gros intestin, sauf à sa partie moyenne. Il faut alors inciser au-dessous de lui l'épiploon, qui reste accolé dans sa totalité au néoplasme. Mais en dégageant la partie moyenne du colon transverse, nous y faisons une déchirure de 6 à 8 centimètres, qui est recousue aussitôt par deux sutures de Lembert superposées. La main peut atteindre alors la partie latérale droite de la masse solide fibreuse, qui, comme nous l'avons dit, occupe la région droite de l'abdomen. Le ligament large de ce côté est sectionné entre deux pinces. Du côté gauche, la tumeur est en connexion intime avec un énorme kyste à paroi épaisse, fibreuse, qui est en symphyse totale avec la paroi abdominale antérieure et latérale, avec quelques anses intestinales, et qui remonte jusqu'au contact de la rate. Nous ouvrons largement le kyste au bistouri : il en sort 8 litres d'un liquide sanguinolent, en même temps assez fortement teinté en jaunâtre, comme biliaire. La partie inférieure et latérale du kyste est intimement fixée sur la tumeur fibreuse et le fond de l'utérus. Mais sa déplétion étant opérée, on peut distinguer l'ovaire gauche atteint de gigantisme, et la trompe : on sectionne alors le ligament large gauche. On sépare ensuite, au bistouri, la paroi du kyste, du néoplasme fibreux.

Tout n'est pas ainsi terminé, car le fibrome est tellement soudé à la paroi antérieure de l'abdomen, qu'il fait absolument corps avec elle, dans toute la région sous-ombilicale. Nous essayons de les séparer au bistouri, mais on coupe un tissu très dur, comme squirrueux, et, ne pouvant savoir où est la vessie, nous nous arrêtons bientôt. Nous nous décidons à couper hardiment la tumeur transversalement à quatre travers de doigts au-dessus du pubis, une sonde introduite dans la vessie ne s'élevant pas à cette hauteur. Les artères utérines sont pincées et liées. La tumeur solide enlevée, il reste dans le pelvis un moignon fibreux du volume du poing. Nous l'attirons en haut avec des pinces, et comme nous ne pouvons pénétrer en avant, ne sachant où est la vessie, nous cherchons, au toucher, dans la profondeur de la cavité pelvienne, le col et le cul-de-sac postérieur du vagin. Nous ouvrons ce dernier, et l'index accrochant le col, nous détachons circulairement le conduit vaginal; puis, procédant de bas en haut, alternativement à droite et à gauche, nous coupons la base des ligaments larges, rasant attentivement le col et les parois latérales du moignon. Nous basculons en avant, nous rasons également la partie antérieure du moignon, de bas en haut, et nous sommes assez heureux, quoique traversant partout un tissu fibromateux, pour ne pas ouvrir la vessie. Mais, sur la ligne médiane, nous en sommes approchés de si près, que dans l'étendue d'un travers de doigt, la paroi postérieure de ce réservoir est très mince, comme membraneuse; aussi, nous jugeons à propos, le moignon enlevé, de rapprocher derrière lui les tissus fibreux voisins, à l'aide d'une suture continue à la soie.

Nous nous sommes débarrassés du fibrome; mais le kyste est resté intimement accolé aux parois antérieure et postérieure de l'abdomen. Deux mois avant l'entrée de la malade dans le service, une ponction de ce kyste avait été faite, et avait donné issue à 12 litres d'un liquide sanguinolent. Il y avait eu une réaction assez vive, qui explique l'étendue et la dureté des adhérences. Par traction, par décollement avec les mains, par dissection au bistouri, nous parvenons laborieusement à dégager la poche.

Toilette de l'abdomen. Bourrage à la gaze iodoformée de la cavité pelvienne et du vagin; drain dans le cul-de-sac postérieur et dans le flanc gauche, suture de la paroi. Puis, aussitôt le pansement fait, injection de 600 grammes de sérum salé et de caféine. L'opération a duré une heure. La malade est sortie guérie de l'hôpital à la quatrième semaine, mais elle mourut un mois plus tard, dans le marasme, après avoir présenté des signes de rétrécissement intestinal.

EXAMEN MACROSCOPIQUE DE LA TUMEUR. — Le néoplasme est formé de deux parties : une masse solide, un énorme kyste.

La *masse solide* a le volume d'une tête d'adulte et pèse 2 kg. 400; sa forme est celle d'un ovoïde à grosse extrémité supérieure; sa surface est lisse sauf en avant; la consistance est rénitente, élastique. A la section les parois utérines sont considérablement hypertrophiées et ont une épaisseur de 2 travers de doigt, le fond est encore plus épais; sauf à la partie supérieure où on trouve une cavité du volume du poing, contenant une matière grisâtre gélatiniforme, la surface de section est pleine et ne montre pas de formations kystiques.

La cavité utérine est très agrandie en profondeur et aplatie d'avant en arrière; à l'intérieur pendent 3 ou 4 voiles membraniformes largement pédiculés, d'un demi-centimètre d'épaisseur, de consistance molle, dont la coupe est mi-partie solide, mi-partie creusée de petites anfractuosités angulaires remplies d'un liquide épais gélatiniforme; on remarque en outre deux petits kystes de la grosseur d'une noix, à paroi mince presque transparente, et contenant un liquide blanchâtre légèrement filant. La cavité utérine se trouve ainsi presque comblée par ces formations; la muqueuse paraît atrophiée; dans le fond elle a été repoussée et coiffe les productions qui pendent à l'intérieur.

Vers la partie moyenne des faces latérales de cette masse solide, s'insèrent les trompes qui sont normales; les ovaires sont blanchâtres, dans un état de gigantisme fibreux, mesurant 8 centimètres transversalement; le droit est fixé à la tumeur. Les ligaments larges présentent des portions dures qui paraissent dues à l'infiltration néoplasique dans leur épaisseur.

La *portion kystique* a les dimensions d'une grosse citrouille; à sa surface on voit les débris de quelques poches minces et des portions où le tissu est déchiqueté et qui correspondent aux zones d'adhérences. Le kyste était implanté sur le fond de la matrice et empiétait sur la face postérieure; il est séparé de la cavité kystique qui existe dans la masse solide par une bande de tissu d'un centimètre environ d'épaisseur.

Ses parois ont rarement plus d'un centimètre de largeur; en quelques points très amincis, elles arrivent à être presque lamelleuses. L'aspect de leur coupe est aussi très variable; constituée en certains endroits épais et durs par un tissu homogène, elle présente en d'autres un aspect aréolaire avec des petites cavités.

La surface interne est très irrégulière, parcourue par des brides saillantes de longueur et d'épaisseur inégale; dans l'interstice des travées on voit des dépôts membraniformes qui sont des caillots sans aucune trace d'organisation. Quelques kystes de la grosseur d'une noix proéminent aussi à l'intérieur et ont des parois généralement minces.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Les fragments ont été fixés dans le formol et l'alcool, puis inclus à la celloïdine et les coupes colorées à l'hémalum.

1^{re} série de coupes : fragment comprenant toute l'épaisseur de la paroi utérine et où, à l'œil nu, on aperçoit des masses blanchâtres irrégulières, qui tranchent par leur aspect sur la musculature utérine de coloration un peu plus grisâtre.

Au microscope on voit que ces masses sont formées par des boyaux énormes de petites cellules fusiformes avec noyau ovoïde volumineux. En général, à la périphérie de ces amas, la limite est nette par rapport au tissu utérin contigu. Cependant, en quelques points il paraît y avoir une tendance à la diffusion du néoplasme qui s'infiltré entre les faisceaux musculaires sous forme de traînées cellulaires minces, entourant un mince vaisseau capillaire.

Il est en effet évident, à l'examen des coupes, que le néoplasme a suivi la même distribution que les vaisseaux, qui sont littéralement envahis; en certains endroits leur lumière est presque complètement remplie. Sur plusieurs points, on trouve une disposition

spéciale; il existe des bourgeons intra-vasculaires remplissant incomplètement la cavité du vaisseau et formant dans cette cavité une sorte de petit amas rattaché à la paroi par un mince pédicule; cette disposition rappelle l'aspect des glomérules de Malpighi dans la capsule de Bowman. Sur d'autres points les bourgeons sont simplement pariétaux et forment une plaque lenticulaire, bien limitée, accolée à la surface interne du vaisseau dont elle ne remplit qu'une petite partie.

Comme on trouve toute une série d'intermédiaires entre des cavités vasculaires très larges, incomplètement remplies par les bourgeons néoplasiques et d'autres cavités où la masse a comme injecté et distendu le vaisseau, *avec persistance pourtant d'une mince fente latérale*, on peut admettre que pendant le développement du néoplasme, la circulation a persisté assez longtemps, même dans les vaisseaux thrombosés. Quant à la nature des vaisseaux envahis, ce sont des capillaires, car ils n'ont pas de paroi propre qui rappelle l'artériole ou la veinule; très souvent ils se trouvent situés à côté de vaisseaux plus volumineux ayant alors les caractères d'artériole ou de veinule, mais ces derniers ne présentent pas de bourgeonnement néoplasique.

En étudiant les rapports des cellules du néoplasme avec celles qui forment les parois des capillaires, on constate très nettement une identité absolue.

2^e série de coupes : autre fragment de la tumeur où l'envahissement des vaisseaux par le néoplasme est déjà visible à l'œil nu.

Le développement intra-vasculaire est ici devenu colossal et dessine un réseau irrégulier, noueux, dont la masse est de beaucoup supérieure à celle du tissu musculaire interposé et formé par des faisceaux de fibres musculaires lisses.

3^e série de coupes : fragment confinant la face externe de la tumeur et creusé d'un assez grand nombre d'aréoles et de cavités de dimensions variables.

La masse principale est formée par le néoplasme dont les éléments se sont diffusés; on ne retrouve plus en aucun point trace d'orientation suivant les vaisseaux, ceux-ci restant d'ailleurs toujours très nombreux. Ce qui reste du tissu utérin primitif est représenté par des portions de faisceaux de fibres lisses, très irrégulièrement fragmentés sous forme de petits îlots inclus dans le tissu néoplasique.

Les cavités ont une forme très irrégulière, quelquefois comme dentelée; dans les points où le contenu a résisté aux manœuvres d'inclusion ou de section, on trouve un réticulum fibrineux, à travées extrêmement grêles, dans les mailles duquel il y a quelques cellules soit lymphatiques soit ayant les caractères de cellules du néoplasme; on ne trouve pas de globules rouges dans le réticulum.

Les parois de ces cavités ne possèdent nulle part un revêtement épithélial proprement dit; elles se présentent sous deux aspects bien différents. Tantôt elles sont tapissées par un *revêtement endothélial* formé de cellules lenticulaires, aplaties ayant des caractères qui les différencient nettement des cellules néoplasiques sous-jacentes sur lesquelles elles reposent directement. En d'autres points la membrane endothéliale manque;

le tissu du néoplasme est à nu et en contact direct avec le contenu du kyste; il semblerait que la cavité s'est formée par l'écartement des éléments sans donner lieu à un tassement bien appréciable; on ne peut pas parler non plus de foyer de ramollissement, car il n'y a pas trace de nécrose; on dirait plutôt une lacune extrêmement agrandie et élargie.

Dans les diverses coupes examinées, malgré l'abondance de la vascularisation, il n'y a pas de diapédèse notable.

4^e série de coupes : fragment qui, à l'œil nu, présentait une teinte brun rougeâtre due à l'infiltration sanguine et sur lequel on voyait la coupe d'espaces kystiques, arrondis ou ovalaires très nombreux contenant des masses coagulées énucléables.

Au microscope, à un faible grossissement, on trouve sur une bonne partie de la coupe un tissu formé par des éléments jeunes fusiformes à noyau très vivement colorable, identiques à ceux des coupes précédentes; l'apparence sarcomateuse est très nette. Il y a de nombreux vaisseaux en plein tissu néoplasique.

Insensiblement cette partie, où la néoformation est très vivante, se continue avec une portion dont les éléments sont beaucoup moins vivement colorables et ont été comme écartés les uns des autres par une infiltration œdémateuse. C'est dans cette zone où la nutrition a souffert que l'on trouve ces larges cavités très nombreuses qui donnent à la coupe, en certains points, l'aspect d'un angiome caverneux.

Les cavités sont remplies tantôt par un coagulum finement réticulé, tantôt par des thrombus massifs formés par des stratifications de fibrine amorphe et colorés d'une manière diffuse par l'hémalun. Ces coagula présentent dans leurs mailles, à un fort grossissement, des globules rouges, mais à peine visibles à cause de leur décoloration. Celle-ci s'explique par l'ancienneté des formations et par la précipitation de la substance colorante, qu'on retrouve sous forme de petits grains très nombreux réunis çà et là en amas, mais dont la plupart sont inclus dans des cellules lymphatiques qui les ont emmagasinés.

Les limites des cavités sont habituellement assez nettes et présentent un revêtement endothélial du côté de la cavité et un tassement plus ou moins épais des cellules voisines par une sorte de refoulement.

Quant au tissu interposé entre les cavités lacunaires, il est formé de cellules néoplasiques presque toutes en voie de nécrose; enfin on trouve au sein même de ces éléments une infiltration par de la fibrine qui a pris une apparence finement réticulée.

En résumé, il s'agit dans ce fragment d'une portion de la tumeur où il s'est produit, par suite de la friabilité du tissu, des ruptures vasculaires et une infiltration sanguine diffuse, ce qui a déterminé un arrêt dans le développement.

5^e série de coupes, pratiquée sur des masses blanchâtres, mollasses, et creusées de cavités kystiques, qui pendaient, dans la cavité utérine élargie, sous formes de voiles et de languettes renflées plus ou moins épaisses.

En dehors des points où se trouvent les kystes, la coupe est formée par des cellules dont le protoplasma a un aspect fusiforme, et dont le noyau est volumineux et ovoïde. Ces éléments sont très petits,

ils sont disposés et orientés le long des vaisseaux capillaires extrêmement nombreux qui sillonnent la coupe dans tous les sens; mais ne présentent nulle part un groupement en faisceaux comme dans le cas de sarcome fasciculé. Ça et là on trouve des îlots irréguliers formés par des faisceaux dont les éléments ont tout à fait les caractères des fibres cellulaires, c'est-à-dire un protoplasma un peu jaunâtre et un noyau en bâtonnet.

Quand on examine les parois qui limitent les cavités kystiques, on constate qu'elles sont formées dans un grand nombre de points par du tissu conjonctif dense et stratifié; du côté de la cavité, cette paroi est tapissée généralement par des cellules ayant un caractère endothélial, c'est-à-dire à noyau aplati et à protoplasma ayant l'aspect de grandes lamelles minces. En certains endroits on trouve un réticulum fibreux formant une bordure peu épaisse collée à la surface de la paroi cavitaire; dans son épaisseur il y a quelques globules blancs, mais aucun globule rouge; on sait d'ailleurs que ces cavités étaient remplies d'une substance gélatineuse semi-transparente, un peu verdâtre, sans caractère hémastique.

Sur plusieurs points de la surface externe même de la végétation qui, nous le rappelons, proéminait dans la cavité utérine, on trouve une *bordure épithéliale régulière* formée par une seule assise de cellules; il s'agit d'un épithélium cubique, bas, sans cils vibratils ni cellules caliciformes; dans quelques points, peu nombreux, l'épithélium prend un aspect polymorphe rappelant l'épithélium de la vessie. Ce revêtement épithélial n'offre nulle part de culs-de-sac d'invagination; il s'enfonce à peine au niveau de quelques plis très peu accentués et très superficiels. Autant qu'on en peut juger, étant donné le fragment choisi, il s'agirait de la surface interne de l'utérus, dont la muqueuse aurait été transformée par le refoulement de la végétation néoplasique et ne représenterait plus qu'un épithélium de revêtement modifié, évidemment adapté à des fonctions mécaniques.

EN RÉSUMÉ, on peut admettre qu'il s'agit dans cette tumeur d'un *sarcome de nature endothéliale*. Sur toutes les coupes il y a parenté évidente entre les cellules du néoplasme et les cellules endothéliales; la continuité des éléments du néoplasme avec les endothéliums vasculaires, l'identité habituelle de leur forme établissent déjà une filiation entre ces éléments; elle s'accuse encore au niveau des points où le néoplasme, bourgeonnant dans les vaisseaux, ménage, entre ses éléments propres et la paroi de ces vaisseaux, des espaces qui sont des petits kystes en miniature.

Nous interprétons la nature de la plupart des formations kystiques en admettant que dans un grand nombre de points il s'agit d'*espaces lymphatiques* intra-néoplasiques où, par suite de la *stase*, la lymphe s'est accumulée, la fibrine s'est précipitée et a englobé un plus ou moins grand nombre de globules blancs.

Quelques kystes paraissent être le résultat d'infiltrations œdémateuses et sont dus à la dilacération des éléments du néoplasme avec irruption sanguine consécutive, mais ce mécanisme de la formation des kystes est l'exception.

Enfin il est impossible de ne pas être frappé des transitions

insensibles qui permettent de passer, sur les coupes, des éléments endothéliaux aux fibres cellulaires jeunes, et on est forcé d'admettre que les fibres cellulaires ne sont pas autre chose que des cellules endothéliales différenciées et adaptées à de nouvelles fonctions.

OBSERVATION 2

DURET (*Semaine Gynécologique*, 28 février 1896.)

*Volumineuse tumeur polykystique de l'utérus (8 litres de liquide).
— Hysterectomie totale par morcellement et section médiane.*

Examen histologique (AUGIER) : Myome lisse — thromboses oblitérantes et nécrose — infiltration œdémateuse et hémorrhagies secondaires.

M^{lle} G... Célestine, âgée de 44 ans, vint nous consulter, au commencement du mois de novembre 1895, pour une tumeur de la cavité abdominale.

Elle n'accuse aucune maladie dans son passé. Les règles, normales depuis l'âge de 14 ans, se sont seulement modifiées depuis un an; elles viennent à intervalles irréguliers, tantôt tous les quinze jours, tantôt tous les mois, mais sont abondantes, quoique ne durant habituellement que trois ou quatre jours.

Constipation habituelle; pas de troubles de la miction. Le ventre, très développé, est régulièrement arrondi, retombe un peu sur les cuisses; paroi très grasse, ombilic déprimé.

Par le palper abdominal, on trouve une tumeur multilobée, occupant surtout la région médiane. Elle paraît mesurer 25 à 30 centimètres sur ses axes. Quelques lobes sont appréciables: un du volume du poing est à gauche de l'ombilic; un second, gros comme une tête de fœtus à terme, occupe la ligne médiane entre l'ombilic et le pubis; un troisième, du volume d'une tête d'enfant d'un an, est à droite.

La tumeur est peu mobile latéralement et plonge dans le bassin qu'elle remplit complètement et où on ne peut la suivre. Certaines régions du néoplasme sont fluctuantes, d'autres paraissent dures et charnues.

La présence de l'hymen et l'indocilité de la malade ne permettent pas l'exploration vaginale.

Le *diagnostic* est celui d'une tumeur polykystique avec masses charnues, dont le siège primitif est indéterminé.

La laparotomie est faite le 10 novembre 1895.

La cavité abdominale ouverte, on trouve une grosse tumeur polykystique répondant à la région moyenne et remontant presque jusqu'à l'appendice xyphoïde. Malheureusement, en bas, la tumeur remplit le bassin, et il sera impossible de la pédiculiser. En cherchant à préciser le point de départ du néoplasme, on se rend compte qu'il ne s'agit pas d'une tumeur des ovaires, car ceux-ci sont intacts des deux côtés. Par contre l'utérus prend corps avec la tumeur qui s'est développée aux dépens de sa face postérieure. On sent, en effet, le fond de cet organe faisant une légère saillie au-devant de la masse morbide. Celle-ci est descendue presque dans le segment inférieur de l'utérus, remplit complètement le Douglas et repousse en avant les ligaments larges. La base d'implantation

est tellement étendue qu'on ne peut ni soulever la tumeur, ni l'incliner en aucun sens.

Il faut donc renoncer à l'enlever d'une pièce, et songer à la réduire de volume sur place.

Les parois abdominales sont ramenées autour de la tumeur et maintenues par des aides pour empêcher les liquides de tomber dans l'abdomen. On incise au bistouri le kyste principal; il s'en écoule trois litres de liquide séro-sanguin. Par l'ouverture ainsi faite, on ponctionne trois ou quatre autres kystes du volume du poing, qui laissent couler tantôt un liquide séreux, tantôt un liquide hématique.

Malgré ces déplétions successives, la tumeur reste encore plus volumineuse qu'une tête d'adulte, et n'est nullement mobilisable hors du bassin. Il est évident qu'il n'y a d'autre moyen d'en venir à bout, que d'en faire le morcellement *in situ*.

On la fend donc dans la région médiane, et on enlève chacune des deux moitiés par blocs successifs, et la masse morbide finit par être réduite au volume des deux poings. Ce morcellement se fait très rapidement à grands coups de ciseaux et sans hémorrhagie, grâce à la précaution prise de placer des ligatures sur les parties accessibles des ligaments larges.

Ensuite le moignon qui reste est divisé hardiment selon le plan antéro-postérieur dans toute sa hauteur jusqu'aux culs-de-sac antérieur et postérieur du vagin. On obtient ainsi deux moitiés, aux pédicules desquelles on place à droite et à gauche deux pinces courbes à longs mors empiétant par leurs extrémités inférieures sur les parties correspondantes du vagin. Chacune des deux moitiés est excisée au-dessus de la pince correspondante; puis des ligatures à la soie remplacent les pinces.

Un gros drain est placé en anse de la paroi abdominale dans le vagin. Deux autres drains plongent dans les culs-de-sac et passent à travers la plaie abdominale. Grand lavage de la cavité péritonéale à l'eau bouillie. Suture à trois plans et tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

L'opération avait duré 1 heure un quart. En raison du shock inhérent à la multiplicité des actions chirurgicales, il était permis de réserver le pronostic.

Les cinq premiers jours, la malade a présenté des phénomènes d'épuisement nerveux; pouls petit, irrégulier, somnolence, tendances syncopales. On fit, à plusieurs reprises, des injections de 3 à 400 grammes de sérum artificiel; peu à peu l'état général s'est relevé. Au dixième jour, le drain abdomino-vaginal fut enlevé. Aujourd'hui, 16 janvier 1896, la guérison est complète et la malade sort du service.

(Nous avons revu la malade en décembre 1898; son état général est excellent et la guérison s'est maintenue complète depuis trois ans.)

L'examen de la tumeur montre qu'elle est constituée par des poches à cloison d'épaisseur variable: les unes, minces, ressemblent à celles d'un kyste ovarien et répondent surtout à la partie supérieure du néoplasme; mais les cloisons deviennent de plus en plus épaisses à mesure qu'on se rapproche de la base. La masse finit par devenir solide et présenter la constitution du fibrome

ou du fibro-sarcome. L'utérus est comme accéléré par toute sa face postérieure au devant de la masse morbide et c'est à peine si son fond s'en dégage; sa hauteur est de 13 centimètres. La totalité du liquide enlevé est de 8 à 10 litres. Le poids des parties solides est de 2 kg. 500.

OBSERVATION 3

(personnelle et inédite.)

Tumeur kystique (4 litres de liquide), pédiculée sur le fond de l'utérus. — Ligature et section du pédicule. — Guérison.

B... Charlotte, âgée de 55 ans. Réglée à 16 ans, mariée à 24; pas de grossesse; ménopause à 47 ans. A toujours joui d'une santé excellente jusqu'il y a quinze mois: elle éprouvait alors une sensation très pénible de lourdeur dans le bas-ventre; pas de métrorrhagies; son médecin lui trouve une tumeur fibreuse de l'utérus, située du côté droit. Depuis cinq à six mois le développement a été très rapide, la malade accuse en même temps un grand amaigrissement, perte de forces, diminution de l'appétit; jamais elle n'a eu de métrorrhagies, mais parfois un peu de leucorrhée. Pas de troubles urinaires ou intestinaux, ni d'œdème des membres inférieurs. Douleurs violentes.

Examen. — L'abdomen distendu dans toute son étendue est en forme de besace; l'ombilic est déplissé, la région hypogastrique particulièrement saillante; les veines sous-cutanées sont distendues et forment un réseau très apparent. A la percussion l'épigastre jusqu'au nombril, l'hypochondre gauche et le flanc gauche jusqu'à la crête iliaque sont sonores; matité absolue dans toute la partie droite et inférieure du ventre.

Au palper, dans le flanc droit, on trouve une série de tumeurs dures du volume d'une grosse noix; elles sont implantées sur une production plus importante paraissant avoir le volume d'une tête d'adulte, et de consistance mollassse, sauf à son pôle supérieur où elle présente une fluctuation nette. L'ascite gêne un peu la palpation de la partie inférieure qu'on perçoit très vaguement irrégulière; on y distingue, juste au-dessus du pubis, une tumeur dure ressemblant assez au fond de l'utérus en antéversion. Au toucher les culs-de-sac sont complètement libres; en aucun point on ne sent de masses néoplasiques; le col est situé en arrière; l'utérus est mobile; les mouvements imprimés à la tumeur paraissent être transmis; l'hystérométrie donne 9 centimètres.

Diagnostic : néoplasme kystique probablement d'origine utérine.

Opération le 25 juin 1898 par M. le professeur Duret.

On évacue d'abord 5 litres d'ascite citrine. La tumeur se présente alors composée d'un grand nombre de lobes rouge violacé. L'épiploon est étalé à la partie antérieure et présente de nombreuses plaques d'adhérences fibro-vasculaires: elles sont détachées et liées. La partie supérieure de la tumeur est en contact avec le foie; sur son côté gauche et sous le paquet intestinal on trouve un kyste du volume d'une grosse citrouille qui s'avance jusqu'au contact de la rate.

Le chirurgien extrait avec la main toute la masse de la cavité abdominale; il reconnaît alors que la tumeur déborde de toutes parts sur le détroit supérieur; elle s'insère sur le fond de l'utérus un peu à droite, par un pédicule du volume du doigt et long de 4 à 5 centimètres. L'utérus est libre dans le pelvis avec les annexes normales des deux côtés. Le pédicule est coupé au ras de son insertion; la cavité utérine apparaît alors ouverte; après excision de la muqueuse, on réunit au fil de soie les couches musculaires et par-dessus le péritoine au catgut. On laisse l'utérus et ses annexes. Toilette, drains et sutures.

Les suites opératoires sont excellentes; le 14 juillet, la malade quitte le service parfaitement guérie; en décembre son état général est bon; la malade a recouvré son enbompment et ses forces; rien d'anormal dans l'abdomen.

EXAMEN DE LA TUMEUR. — Elle est composée de deux portions distinctes : l'une supérieure kystique, l'autre inférieure solide. Le poids de la masse totale est de 6,450; après évacuation du contenu, il n'est plus que de 2,260, ce qui fait plus de 4 litres de liquide. Celui-ci est de coloration rouge sombre, non visqueux; dans toutes les parties de la tumeur il présente le même aspect; en aucun point on ne trouve de liquide clair.

La *masse solide* a le volume d'une grosse tête de fœtus à terme; sa coloration est blanc jaunâtre avec de larges veines à la surface. Elle est irrégulièrement lobulée; quelques noyaux, de la grosseur d'une noix à une orange, proéminent surtout sur la face antérieure et ont de la tendance à se pédiculiser. En trois ou quatre endroits, on trouve de petites saillies kystiques avec une paroi mince, laissant voir par transparence le liquide contenu à l'intérieur.

À la section, la tumeur a une consistance molle. Certains points de la périphérie offrent pourtant une résistance fibreuse, et au même niveau, la coupe est parsemée de noyaux dont quelques-uns présentent une apparence feuilletée comme certains kystes de l'ovaire; dont d'autres, de coloration jaune ocre, semblent être le siège d'un processus de nécrose.

La portion solide a un aspect aréolaire; la tumeur est ici creusée de vacuoles irrégulières, dont l'une atteint les dimensions d'une grosse pomme; elles sont toutes circonscrites par des fines lamelles, quelquefois transparentes, qui offrent une surface toujours lisse comme s'il s'agissait d'une séreuse, et sont souvent très incomplètes, de sorte que plusieurs vacuoles communiquent.

Au pôle inférieur de la tumeur solide s'insère le pédicule qui la rattachait à la corne utérine; c'est une tige de 4 centimètres de long, ayant à peu près la grosseur du petit doigt et qui s'est légèrement tordue sur elle-même.

La *partie kystique* est très volumineuse et forme les deux tiers de la tumeur. Elle est arrondie, sans grosse bosselure, mais sa surface est inégale et présente de nombreuses petites élevures de la dimension d'un pois. Elle est sessile sur la base solide; à peine existe-t-il un léger rétrécissement circulaire entre les deux portions; de très grosses veines sillonnent la surface. Les parois relativement minces mesurent trois ou quatre millimètres; dans leur épaisseur on trouve un grand nombre de noyaux jaunâtres, quelquefois aplatis sous forme de plaques incluses dans la paroi, quelquefois arrondis et faisant alors saillie en dedans et en dehors; leur consistance est ferme et élastique.

Par suite de la saillie de ces nombreux noyaux, la *surface interne* du kyste est très irrégulière; certains points ont un aspect grossièrement tomenteux, mais on ne trouve ni larges travées, ni cloisons divisant la poche. Par places, cette face interne est très vasculaire; on y rencontre aussi soit des caillots récents, soit des lamelles grisâtres légèrement adhérentes, et ressemblant à des plaques de fibrine coagulée.

Le grand épiploon, très irrégulièrement fenêtré, adhère sur une assez grande étendue de la surface du kyste. Les travées de cette membrane sont épaisses, sclérosées; on n'y découvre pas de noyaux néoplasiques nets.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Première série de coupes. — Fragment comprenant toute l'épaisseur de la paroi du gros kyste avec dilatations kystiques.

Du côté de la face externe de la tumeur, on trouve une sorte de capsule conjonctive assez vasculaire, formée de faisceaux ondulés et stratifiés; les vaisseaux inclus contiennent çà et là des cellules migratrices, à contenu pigmentaire, d'origine hématique.

Le centre de la coupe est occupé par des faisceaux de *fibres musculaires lisses*, absolument caractéristiques par leur énorme noyau en bâtonnet. Ces faisceaux, d'épaisseur assez uniforme dans la plupart des points, s'entrecroisent dans toutes les directions. A cause de l'active prolifération des cellules musculaires, il n'est pas possible d'affirmer qu'elle a suivi une orientation péri-vasculaire, suivant les indications de Pilliet.

Quant aux vaisseaux du néoplasme, ils sont presque tous sans paroi propre ou avec une paroi très mince, qui fait corps avec les faisceaux de fibres qui leur sont contigus. Sur quelques points de la coupe, les vaisseaux sont plus nombreux et donnent à cette partie un aspect tout à fait caverneux à larges aréoles, espacées par des travées extrêmement minces; dans leur lumière on trouve quelques globules rouges avec un assez grand nombre de globules blancs.

Du côté de la face interne du kyste, il n'existe pas apparence de cellules épithéliales de revêtement; peut-être y a-t-il quelques éléments présentant les caractères de cellules endothéliales. On ne trouve pas non plus de bordure conjonctive; seulement les fibres cellulaires se sont tassées parallèlement à cette paroi en formant une stratification de faible épaisseur; leurs noyaux se sont extrêmement aplatis tout en restant allongés.

Au voisinage et à une très petite distance de cette paroi interne, on constate la coupe de nombreux vaisseaux sanguins dont la cavité est large, plus large même que celle des vaisseaux du milieu de la coupe. On conçoit très bien que, vu la proximité du kyste, ces vaisseaux ont pu se rompre dans sa cavité.

En prenant des portions membraneuses minces et transparentes saillant à l'intérieur du kyste, on n'est pas parvenu, par l'imprégnation au nitrate d'argent, à découvrir un revêtement endothélial.

2^e série de coupes — autre portion de la paroi kystique. Les vaisseaux sont également très nombreux du côté de la face interne, mais dans ce fragment il existe une couche conjonctive assez épaisse et d'aspect œdémateux; elle ne contient que peu de vaisseaux, mais on y trouve de la fibrine amorphe infiltrée dans l'épaisseur et formant d'autre part une couche superficielle.

3^e série des coupes — fragment pris sur un point où il y avait un grand nombre de dilatations kystiques visibles à l'œil nu.

Au microscope la partie où les kystes font défaut est constituée par des faisceaux entrecroisés en tous sens de fibres musculaires lisses soutenues par une charpente conjonctive à éléments très serrés.

La partie où existent les kystes est formée par un grand nombre de vaisseaux qui pour la plupart sont *thrombosés* et contiennent un caillot plus ou moins dense formé par un réticulum contenant des globules blancs; ce thrombus remplit, distend même parfois le calibre du vaisseau. Le tissu au sein duquel ces vaisseaux sont plongés prend moins bien la coloration. A un fort grossissement, on constate très nettement qu'entre les vaisseaux thrombosés il y a des *éléments nécrosés* absolument de même nature que le reste de tumeur, c'est-à-dire des fibres musculaires lisses. Les grandes kystes visibles à l'œil nu sont en plein tissu nécrosé, et par leur périphérie ils confinent soit à du tissu conjonctif, soit à des faisceaux musculaires lisses dépourvus de vitalité.

EN RÉSUMÉ, d'après l'examen des coupes, l'origine des kystes ne peut pas être attribuée à des formations épithéliales; en aucun point les cavités ne sont tapissées par un revêtement épithélial ou glandulaire. Leur formation doit selon nous être comprise ainsi. Il s'est produit des *thromboses avec oblitération*, puis *ramollissement* et *exsudation consécutive* dans ces foyers de ramollissement. L'accumulation progressive de liquide a refoulé peu à peu les éléments contigus en les tassant; la présence du sang dans le liquide contenu dans quelques-unes des cavités doit être attribuée à des ruptures vasculaires secondaires.

Ce qui est en faveur de ces *hémorrhagies secondaires* dans les pseudo-kystes, c'est que dans l'épaisseur de la paroi on découvre des infiltrations pigmentaires anciennes sous forme d'amas plus ou moins anciens, qui se trouvent même dans la couche de fibrine amorphe ou stratifiée qui tapisse en certains points la face interne de la cavité.

OBSERVATION 4

(personnelle et inédite.)

Tumeur fibro-kystique, pédiculée, à accroissement très rapide. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison.

Examen histologique (AUGIER) : Myome à fibres lisses ; exsudation séro-sanguine.

L... Angélique, ménagère, âgée de 52 ans, entre le 14 mai 1898 dans le service de M. le professeur Duret, pour une tumeur abdominale. Réglée à seize ans, elle eut douze grossesses normales, la dernière à l'âge de 38 ans. Vers le milieu de 1894, les menstruations, qui avaient toujours été très régulières, devinrent plus abondantes et s'accompagnèrent de douleurs violentes qui se répétaient quelquefois dans l'intervalle des périodes mensuelles;

cet état persista pendant cinq mois, puis les règles reprirent leurs caractères normaux. Quelque temps plus tard la malade se découvrit dans le bas-ventre une tumeur de la grosseur du poing, de consistance dure, qu'elle pouvait déplacer elle-même, et reporter tantôt à droite, tantôt à gauche. Comme elle n'en souffrait pas et que toutes les fonctions étaient normales, elle ne prit à ce sujet le conseil d'aucun médecin. En novembre 1896, elle présenta des phénomènes de péritonite (fièvre, vomissements, ballonnement et sensibilité excessive du ventre), qui nécessitèrent le séjour au lit pendant une quinzaine de jours. La tumeur, constatée par un docteur, avait à cette époque le volume d'une tête de fœtus à terme, et présentait toujours les mêmes caractères de dureté et de mobilité. Depuis lors, les règles reparurent toujours légèrement douloureuses, avec une abondance ordinaire et une durée de trois jours au maximum; un peu de leucorrhée dans leur intervalle. Il y a onze semaines, les douleurs devinrent plus violentes, continues, avec irradiations dans les reins et dans la cuisse gauche. En même temps le ventre se mit à grossir et prit *très rapidement* un volume excessif. A deux reprises différentes, hémorrhagies abondantes pendant six jours, accompagnées de violentes douleurs. La malade accuse un affaiblissement considérable avec diminution de l'appétit et amaigrissement très notable. Les selles sont normales; la miction parfois douloureuse.

EXAMEN. — Le ventre est fortement proéminent en avant, surtout dans la région hypogastrique; à ce niveau, la circonférence de l'abdomen est de 100 centimètres; du pubis à l'ombilic on mesure 29 centimètres. Les téguments sont souples, minces, sans aucun réseau vasculaire apparent. Dans la partie médiane, remontant du pubis jusqu'à mi-chemin entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde, on trouve une zone de matité qui s'étend de chaque côté de la ligne brune sur l'étendue de la largeur de la main; dans les flancs et l'épigastre sonorité normale; ces signes ne varient pas par le changement de position. A la palpation, on trouve, ayant les mêmes limites, une tumeur sphéroïdale, irrégulière, avec de grosses bosselures perceptibles surtout au pôle supérieur; elle est manifestement fluctuante, mais au voisinage du pubis la consistance est plus ferme, sans parvenir pourtant à être dure. L'auscultation ne révèle aucun bruit anormal.

Par le toucher vaginal, on trouve le col de l'utérus rejeté en avant et largement déchiré transversalement, la lèvre antérieure hypertrophiée. La mobilité imprimée à la tumeur abdominale n'est pas transmise au col; le corps n'est que très difficilement perçu à travers le néoplasme; il paraît augmenté de volume; l'hystéromètre indique une profondeur de 10 centimètres. Dans le cul-de-sac postérieur, on trouve une petite tumeur sensible, fixée, qui semble être un ovaire.

Vu l'existence constatée d'une ancienne tumeur probablement fibreuse avec métrorrhagies et augmentation de la cavité utérine, ayant subi depuis quelque temps un développement rapide et exagéré, M. le professeur Duret porte le *diagnostic* de cystofibrome de l'utérus.

OPÉRATION le 20 mai 1898. — On tombe sur une tumeur de coloration violacée, sillonnée à sa surface par de très gros

vaisseaux et qui donne l'idée d'une production maligne; le chirurgien y fait une ouverture par laquelle il s'écoule environ 2 litres et demi de liquide brun couleur décoction de noyer très foncée. La main introduite dans l'abdomen circonscrit la tumeur et reconnaît qu'elle ne présente pas d'adhérences et qu'elle est pédiculée sur l'utérus; par quelques tractions elle est extraite de la cavité péritonéale. Elle se présente alors comme une masse irrégulière polykystique appendue par un pédicule très vasculaire au fond de l'utérus. Ce dernier organe est lui-même hypertrophié et allongé; les annexes gauches sont libres; à droite elles sont fixées dans le cul-de-sac postérieur par des adhérences lâches qu'on déchire.

M. Duret décide alors de faire l'hystérectomie abdominale totale. Il forme d'abord sur la partie antérieure du corps de l'utérus un lambeau péritonéal qu'il sépare de cet organe jusqu'au voisinage du cul-de-sac vaginal; ce temps est assez difficile vu l'allongement considérable de la portion cervicale; la vessie se trouve ainsi dégagée. Un lambeau péritonéal est pareillement tracé sur la face postérieure de l'utérus et libéré jusqu'au vagin.

Ceci fait, le chirurgien sectionne entre deux clamps le ligament large gauche en dehors des annexes; puis se rapprochant de l'utérus et rasant de près son tissu dans toute la hauteur du col, il arrive jusqu'au voisinage du museau de tanche; trois ou quatre pinces sont placées en échelons sur les vaisseaux qui donnent; l'utérine est pincée séparément.

Le vagin est alors ouvert transversalement de gauche à droite; le ligament large droit est ensuite sectionné à partir de sa base. On laisse les annexes attachées à l'utérus; au fur et à mesure que les vaisseaux sont ouverts, ils sont saisis dans des clamps. La tumeur est ainsi libérée et enlevée.

Le chirurgien s'occupe alors de remplacer les pinces des ligaments larges par des ligatures, en s'efforçant de saisir les artères une à une; sept à huit ligatures au catgut sont ainsi placées de chaque côté. Suture transversale du vagin à la soie; désinfection soignée des surfaces cruentées et suture du péritoine par-dessus avec un surjet de catgut; le fond du pelvis est ainsi parfaitement net. Deux gros drains sont placés dans le Douglas et la paroi est suturée.

Les suites opératoires n'ont présenté aucun incident; la malade quittait l'hôpital 3 semaines après. Nous l'avons revue en décembre, son état général est excellent; aucune trace de récidive.

EXAMEN MACROSCOPIQUE DE LA TUMEUR. — La pièce enlevée pèse 3 kg. 800. Elle est constituée de deux parties bien distinctes: l'inférieure composée de l'utérus accompagné des annexes; la supérieure formant la tumeur proprement dite.

L'utérus a une forme asymétrique; la corne gauche est plus élevée que le fond et s'étire de façon à former pour la tumeur principale un pédicule sur lequel nous reviendrons plus loin. Le volume est accru, mais cette augmentation ne porte que sur l'épaisseur des parois; la hauteur a peu varié; l'hystéromètre rencontre le fond de la matrice à 8 centimètres; mais en inclinant son extrémité vers l'angle gauche, on pénètre à 10 centimètres et demi. La surface extérieure est lisse, parcourue à la partie supérieure par quelques gros vaisseaux. La consistance générale est ferme, le col

est déchiré transversalement et la lèvre supérieure légèrement hypertrophiée. A la coupe les tissus sont résistants ; les parois ont une épaisseur de 3 centimètres ; on ne trouve à leur intérieur aucun noyau fibro-myomateux pas plus que sous la séreuse ou au voisinage de la cavité. La muqueuse ne présente rien de spécial, sauf un petit kyste d'aspect glandulaire situé vers le fond.

Les annexes présentent des lésions d'inflammation chronique.

A droite l'ovaire est sclérosé ; on y remarque deux petits kystes ; les franges du pavillon sont soudées, le conduit tubaire est imperméable. A gauche l'ovaire est également atrophié ; la trompe est allongée, perméable et paraît aboutir à la partie moyenne du pédicule, mais au palper on la sent s'infléchir brusquement et côtoyer ensuite le pédicule, dont elle est distincte, sur une longueur de près de 2 centimètres.

Sur la corne gauche s'élève un cylindre charnu, aplati transversalement, de la grosseur de deux doigts et de 4 centimètres de longueur ; son tissu paraît se continuer avec celui de l'utérus dont il a la consistance et l'aspect à la coupe ; à la surface on remarque de gros sinus veineux qui parcourent toute la hauteur.

Appendue à ce pédicule apparaît la *tumeur* proprement dite qui constitue une énorme masse du volume d'une grosse tête d'adulte, de forme très irrégulière, aplatie dans le sens antéro-postérieur, et dont les diamètres mesurent le vertical 18 centimètres, l'horizontal 26, l'antéro-postérieur 10 centimètres. L'insertion du pédicule sur la tumeur se fait à la face postérieure à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur, de sorte qu'en avant la tumeur retombe par son bord inférieur au-devant de l'utérus jusqu'à la partie moyenne du corps.

Au voisinage du pédicule on trouve une grosse masse charnue, mollassse, mais non fluctuante, dont la surface externe, par sa coloration rougeâtre violacée, ses mamelons, ses sillons, rappelle la face utérine du placenta. A la coupe elle formée par un tissu grisâtre ayant tout à fait l'apparence de certains myomes qui ont subi à un degré prononcé l'infiltration œdémateuse.

Paraissant bourgeonner sur ce gâteau, nous voyons un certain nombre de *poches* présentant une fluctuation des plus manifestes ; nous en comptons huit du volume du poing dont la plupart proéminent à la face antérieure. Les plus élevées ont une surface d'apparence fibreuse, presque cartilaginiforme. En bas et en avant la couleur est rougeâtre et l'on voit transparaître le contenu.

A l'ouverture des poches, il s'écoule du liquide qui est du sang à divers degrés de transformation. Un seul des kystes est indépendant ; sa paroi est très ferme, presque fibreuse ; le liquide plus foncé tient en suspension des débris filamenteux de consistance assez ferme, de couleur ocre. Dans les autres poches on trouve des caillots élastiques, de coloration rouge vif, de formation récente. La paroi, qui, par sa minceur et sa transparence, ne paraît composée pour quelques-uns que par l'enveloppe séreuse générale, est au contraire très épaisse pour le plus grand nombre, et va même jusqu'à mesurer deux centimètres. En certains points, elle est rougeâtre d'aspect aréolaire, caverneuse et de consistance analogue à celle d'une éponge très serrée ; en d'autres elle est formée de masses blanchâtres, fermes au toucher, semblant provenir de l'organisation de caillots fibrineux, sans présenter aucune trace de stratification ; en d'autres endroits enfin, nous voyons reparaître

par îlots le tissu grisâtre, d'apparence œdémateuse, qui forme le gâteau basilaire.

La *vaste cavité* qui résulte de la réunion de tous ces kystes (un seul, avons nous dit, est indépendant) rappelle assez bien l'aspect que l'on rencontre parfois dans certaines grandes cavernes tuberculeuses du poumon; elle est parcourue en tous sens par des brides plus ou moins épaisses, déchiquetées, présentant de multiples et irrégulières perforations, circonscrivant des loges secondaires avec des anfractuosités très variées.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

1^{re} série de coupes. — (Paroi d'un kyste d'épaisseur très inégale : fragment mince à une extrémité, très large à l'autre.) — Les éléments fondamentaux sont des *cellules musculaires* groupées en faisceaux de volume variable et très irrégulièrement entrecroisés. Ce qui est particulier dans le cas actuel, c'est le nombre très considérable des vaisseaux qui se trouvent tantôt dans l'intervalle des faisceaux, tantôt dans des points où il y a du tissu conjonctif lâche. En outre, *l'orientation des faisceaux et leur ordination répond manifestement à la distribution des vaisseaux*; la prolifération néoplasique suit d'une façon remarquable celle des artérioles, veinules et capillaires.

Cette particularité est absolument évidente dans un grand nombre de points où on trouve la coupe de vaisseaux très nombreux plongés au sein de tissu conjonctif. On y constate que, immédiatement autour des vaisseaux, il y a une couche d'épaisseur variable de *fibres musculaires formant de véritables manchons*; ceux-ci sont tellement volumineux en quelques endroits qu'on trouve, dans leur épaisseur, de petits capillaires : ce sont surtout les veines dilatées qui présentent cette particularité.

La prolifération des fibres musculaires lisses est plus tassée, plus ramassée autour des artérioles et des capillaires; elle est moins cohérente autour des veinules.

Outre ces vaisseaux ainsi engainés, on en trouve d'autres, beaucoup moins nombreux et qui sont des capillaires à parois très minces, situés en plein tissu conjonctif sans aucun manchon musculaire.

Quant aux *cavités kystiques*, en passant des plus petites aux plus grandes, on constate qu'elles sont formées par un écartement progressif des éléments constitutifs du néoplasme, écartement qui distend et amincit graduellement les trabécules conjonctives, et finit par amener leur rupture et la fusion des cavités voisines. On trouve dans l'épaisseur des travées la coupe de vaisseaux dont la paroi très mince affleure la limite externe de la trabécule. Dans quelques préparations particulièrement favorables, il existe dans les espaces aréolaires une *exsudation fibrineuse caractéristique* formée d'un réseau de fibrilles très grêles irrégulièrement anastomosées et dans l'intérieur duquel on trouve des globules blancs et quelquefois des globules rouges.

Quoiqu'on ne puisse voir la fissure qui a donné lieu à l'infiltration, le voisinage de capillaires dilatés et à paroi insuffisamment soutenue, autorise l'hypothèse d'une infiltration du tissu conjonctif par suite d'une rupture vasculaire. D'ailleurs, dans quelques points,

la trace de ces *hémorragies interstitielles* lentes et progressives se révèle par l'infiltration pigmentaire des cellules conjonctives et des globules blancs.

2^e série de coupes — fragment d'une paroi kystique (1 centimètre et demi d'épaisseur) de coloration rouge foncé rappelant à l'œil nu l'aspect d'un angiome caverneux.

Sur ces coupes, la dilatation des vaisseaux et l'infiltration par rupture sont portées à leur maximum. A côté de vaisseaux à paroi très mince et distendus par le sang, on trouve, dans le tissu interposé, de véritables inondations dissociant le tissu conjonctif et les faisceaux de fibres musculaires lisses. La charpente sur cette partie de la tumeur est réduite en certains points à quelques filaments grêles très éloignés les uns des autres, et dont la nutrition est très affaiblie sans qu'on puisse pourtant parler de nécrose; les éléments ont souffert, mais leur coloration est suffisamment nette pour qu'on ne puisse les considérer comme nécrosiques.

3^e série de coupes — portant sur une colonne du volume d'un gros porteplume qui traversait de part en part une des grandes cavités kystiques et se rattachait seulement aux parois par ses deux extrémités; sa surface était lisse, sa consistance charnue, sa coloration rougeâtre.

Au microscope nous avons trouvé que cette formation renfermait d'énormes vaisseaux capillaires autour desquels se voyait une couche assez épaisse de tissu musculaire lisse, mais surtout du tissu conjonctif; enfin une infiltration sanguine diffuse expliquant la coloration. Quelques-uns des plus gros vaisseaux remplis de sang affleurent presque par leur bord la surface de la travée et leur paroi distendue paraît sur le point de céder dans la partie superficielle.

En somme, il s'agit d'un *myome à fibres lisses* avec tissu conjonctif assez abondant et lâche avec rupture et exsudation abondante, provenant des vaisseaux situés dans ce tissu conjonctif. Les kystes dans cette tumeur sont donc d'origine œdémateuse et l'*exsudation séro-sanguine* n'a fait qu'écarter les faisceaux conjonctifs. Il n'y a, nulle part, trace, sur les coupes, d'éléments épithéliaux, soit de revêtement, soit glandulaires: nos recherches, à cet égard, ont été absolument négatives.

Résumé et Conclusions.

En résumé la formation des kystes au sein des néoplasmes utérins peut avoir des origines diverses, et la présence de ces kystes ne peut à elle seule être un caractère de malignité ou de bénignité.

1^{er} — Comme le fait a été constaté un grand nombre de fois, les kystes peuvent être le résultat de thromboses vasculaires

avec nécrose et ramollissement consécutif; dans ces foyers ramollis une infiltration œdémateuse et des hémorrhagies secondaires peuvent se produire ultérieurement et agrandir brusquement ou lentement ces cavités (obs. 3).

2° — Les kystes peuvent être le résultat de simples infiltrations œdémateuses, avec élargissement des espaces lymphatiques primitifs, puis des vaisseaux lymphatiques efférents (obs. 4).

3° — Les kystes peuvent se former dans certains sarcomes d'origine endothéliale aux dépens des espaces lymphatiques du néoplasme (obs. 1); la malignité du néoplasme dans ce cas dépend en partie du développement de ces kystes, car leur présence au sein de la tumeur favorise la pénétration et la multiplication ultérieure dans les vaisseaux des éléments jeunes de la tumeur, qu'il s'agisse de cellules endothéliales ou de fibres cellules embryonnaires.

4° — Certaines formations kystiques peuvent être dues à la prolifération d'éléments épithéliaux inclus dans l'utérus; les travaux de Recklinghausen ont démontré leur existence, que l'inclusion provienne de la muqueuse ou de préférence des débris du corps de Wolff.

Dans les cas que nous avons examinés, nous n'avons pu, malgré des examens microscopiques multipliés, établir cette origine.

Nous publions ici un cas de sarcome en nappe de la muqueuse utérine avec oblitération du col et transformation de la cavité utérine en un kyste volumineux. Le diagnostic porté avant l'opération avait été celui de néoplasme kystique de l'utérus; l'examen anatomique, macroscopique et histologique, a rectifié l'erreur clinique. Vu l'extrême rareté de ces productions (1), le grand intérêt scientifique qu'elles présentent, nous avons cru utile de présenter celle que nous avons eu la bonne fortune de rencontrer. Nous reparlerons de ce cas à propos du diagnostic.

(1) Douze observations seulement ont pu être recueillies, dans la littérature médicale française ou étrangère, par Aubry (*Du Sarcome diffus de la muqueuse utérine*. — Th. Paris, 1896.)

OBSERVATION 5

(personnelle et inédite)

*Sarcome en nappe de la muqueuse utérine. — Transformation de la cavité en un kyste volumineux (8 litres de liquide environ).
Hystérectomie totale. — Guérison.*

Examen histologique (AUGIER) : Sarcome de nature endothéliale (myéloplaxes angioplastiques).

M^{me} D..., âgée de 47 ans : pas de grossesse. Toujours réglée régulièrement, mais peu abondamment pendant deux jours jusqu'en janvier 1897. A cette date et le mois suivant les règles furent plus abondantes ; mais elles ont complètement disparu en mars. La malade s'est alors découvert dans le flanc droit une tumeur, qui a grossi très rapidement ; ce développement s'accompagne de vomissements incessants. Se présente à la clinique de M. le professeur Duret le 18 juillet 1897.

Examen. — Le ventre offre l'aspect d'une grossesse à terme. Par le palper on reconnaît que la tumeur est très régulière, qu'elle remonte à un travers de main au-dessus de l'ombilic, et s'étale dans les flancs, surtout du côté droit ; la consistance est celle d'une production à parois très épaisses : fluctuation peu manifeste, pas d'ascite. Le toucher vaginal ne révèle aucune déformation des culs-de-sac ; le col est petit et dur, il est entraîné dans les mouvements imprimés à la tumeur ; pas de bruit anormal à l'auscultation. L'hystéromètre pénètre à 9 centimètres et se dirige fortement à gauche.

Le *diagnostic* porté est celui de la tumeur kystique siégeant probablement dans la paroi droite de l'utérus.

Opération le 25 juillet 1897, par M. le Professeur Duret. — La tumeur apparaît avec une paroi rosée charnue, ayant l'aspect d'un fibrome ; la consistance est telle, qu'on ne peut s'empêcher de croire à l'existence de liquide, la surface est lisse régulière. Ponction avec un gros trocart qui s'enfonce dans une paroi très charnue ; on croit être dans un fibrome, mais bientôt il s'écoule environ 8 litres de liquide jaune-foncé, assez épais. La tumeur extraite du ventre forme une masse ovoïde, volumineuse, surtout dans sa portion droite ; sur les côtés, les annexes sont sains.

Le chirurgien se décide alors à pratiquer l'hystérectomie abdominale totale par le procédé américain ; mais après ligature de l'utérine gauche, on ne peut atteindre la partie vaginale du col qui est très allongée ; M. Duret pratique alors l'amputation supra-vaginale, lie l'utérine et le ligament droit ; la tumeur proprement dite est ainsi enlevée. Il divise ensuite par une section médiane portant sur toute la hauteur, le moignon formé par le col et extirpe successivement les deux moitiés. Suture du vagin au fil de soie, du péritoine au catgut. Drain.

Les *suites opératoires* sont excellentes ; nous avons pris des nouvelles de la malade en décembre 1898 ; la guérison se maintient complète.

EXAMEN MACROSCOPIQUE. — La masse solide de la tumeur pèse 2.700 grammes. A la coupe, on voit qu'elle est presque entièrement creusée d'une vaste poche ovoïde, dont le grand diamètre est vertical et mesure 24 centimètres; le diamètre horizontal a 15 centimètres.

Les *parois* de cette poche ont une *épaisseur considérable*, mais tandis qu'à la partie inférieure elle atteint trois travers de doigt, elle va diminuant à mesure qu'on s'élève, si bien qu'au pôle supérieur elle n'est plus que de deux centimètres.

Elles sont constituées de deux zones nettement distinctes et partout continues. La *couche externe* forme la portion de beaucoup la plus considérable; elle est formée par un tissu ferme élastique, de coloration grisâtre, en quelques endroits creusé d'énormes sinus vasculaires, et qui a absolument l'aspect du *tissu utérin très hypertrophié*. A la partie inférieure on trouve le moignon du col; on pénètre à 2 centimètres de profondeur, mais il est absolument impossible de trouver une communication entre cette cavité cervicale et la poche principale, elles sont séparées par une bande de tissu compact, épais d'au moins 2 travers de doigts. La portion du col qui a été enlevée séparément était très allongée et atteignait 7 centimètres de hauteur.

La *couche interne* est constituée par une membrane d'épaisseur très variable (de 1 centimètre à 2 et 3 millimètres) qui, par sa coloration rosée, sa consistance mollassse, se distingue *très nettement* du reste de la paroi du kyste. En certains endroits, la coupe a porté sur des noyaux de la grosseur d'un pois à une noisette, formés par une masse athéromateuse, jaunâtre, avec reflets brillants comme le mica; leur surface interne paraît assez bien limitée, ces formations ressemblent à des kystes par rétention.

La *surface interne* de la poche est *très irrégulière*; elle rappelle l'aspect d'un utérus gravide à terme, qui viendrait d'être débarrassé de son contenu. Lisse en certains endroits, surtout à la partie supérieure, elle montre en d'autres des mamelons inégaux, séparés par des sillons plus ou moins profonds. Quelques-unes de ces saillies sont kystiques et renferment un liquide jaune foncé; leurs parois sont constituées par une mince lame de tissu brunâtre, et sont tapissées à l'intérieur par le même produit grumeleux, assez épais, signalé plus haut; plusieurs de ces formations se sont ouvertes dans le grand kyste.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Les fragments ont été pris en des points variés de la paroi de la cavité kystique et comprennent toute son épaisseur; en outre on les a choisis en des endroits où il y avait de petites cavités kystiques de dimensions inégales sans communication directe avec la grande poche. Les préparations ont été colorées soit à l'hémalum, soit au picrocarmin.

La *surface interne* de la poche, quel que soit le point examiné ou le grossissement employé, ne présente *nulle apparence d'élément épithélial*, soit glandulaire, soit de revêtement. On y trouve une mince bordure, d'apparence lamelleuse, et qui en certains endroits s'exfolie en membrane, composée d'éléments aplatis, de nature conjonctive et disposés en couches stratifiées.

La paroi de la cavité kystique est formée exclusivement par du *tissu conjonctif jeune*, dont les éléments ont un aspect nettement *polymorphe* ; les uns sont fusiformes à noyau allongé et ressemblent à des fibres cellulaires ; d'autres, beaucoup plus nombreux, ont un noyau massif et un protoplasma étoilé tout à fait semblable à celui des cellules conjonctives. On trouve en outre, presque partout entre les groupes cellulaires, une substance d'apparence fibrillaire indiquant une tendance à l'organisation conjonctive.

Il n'est pas possible de penser, d'après l'aspect des coupes, à l'existence d'un néoplasme formé par des éléments musculaires lisses ; en tous cas les éléments cellulaires ont pris des formes si variées qu'ils ne rappellent en aucun point leur origine possible aux dépens des fibres-cellules de la paroi utérine.

Ce qui frappe le plus, c'est le *développement très prononcé des vaisseaux*. Sur certaines coupes, prises sur les fragments dont la teinte à l'œil nu indiquait la présence de nombreux vaisseaux, on a l'aspect d'un véritable angiome caverneux dont les aréoles, à contenu hématique ont les dimensions les plus variées ; on assiste par places à l'amoindrissement et à la raréfaction progressive des trabécules qui limitent les aréoles de ce tissu angiomateux.

Les vaisseaux qui sillonnent le néoplasme sont surtout des vaisseaux capillaires, dans lesquels il y a des phénomènes de stase révélés par la présence d'un grand nombre de globules blancs, mélangés aux globules rouges. Dans les points où cette stase est plus prononcée, on remarque une tendance à l'œdème des parties voisines, car les éléments sont écartés et comme dissociés les uns des autres ; il y a même de petites hémorragies interstitielles dans le voisinage des points où la stase est le plus accusée. Sur certaines préparations, des vaisseaux capillaires, réduits à l'état endothélial, sans tissu de soutien, sont plongés dans un foyer d'apparence hémorrhagique et entourés de toutes parts par une vaste nappe sanguine.

On ne trouve que très exceptionnellement des dépôts pigmentaires, comme si la circulation était assurée par le grand nombre des vaisseaux et par la présence de ces capillaires transversant les zones d'inondation sanguine.

Cà et là, sur la plupart des coupes, on trouve habituellement, dans le voisinage des capillaires, de grandes cellules à noyaux multiples à protoplasma découpé, dentelé et prenant vivement la coloration ; il s'agit de *véritables cellules géantes* que l'on peut considérer comme des cellules *angioformatrices* à cause de leur continuité et de leur contiguïté très nettes avec les vaisseaux capillaires du voisinage.

Cette hypothèse trouve sa confirmation dans l'aspect tout particulier d'une de ces cellules géantes ; elle a la forme d'une énorme plaque irrégulière ; dans son protoplasma, dix à douze noyaux sont disposés en amas excentriques, et le centre est occupé par une large vacuole arrondie, taillée comme à l'emporte-pièce ; sur la périphérie de cette vacuole on voit un noyau d'apparence lenticulaire formant bordure comme le revêtement endothélial dans les vaisseaux capillaires.

Ces cellules géantes si particulières se trouvent de préférence au voisinage de certaines grandes cavités kystiques à contenu hématique ou bien vidées par le fait des manipulations. Comme le fait s'observe d'ailleurs dans les tumeurs à myéloplaxes, certains

points présentent un grand nombre de ces cellules géantes; d'autres au contraire en sont complètement privés.

Cet aspect vasculaire si remarquable ne s'observe pas sur tous les points de la paroi du kyste utérin; notamment sur une portion ayant l'aspect d'un grand mamelon saillant dans le kyste, cet aspect angiomateux a complètement disparu; on ne trouve plus que du tissu conjonctif jeune sous forme de faisceaux entrecroisés dans toutes les directions.

Le tissu de la paroi interne du kyste, d'aspect néoplasique, et le tissu utérin qui forme la partie externe de cette paroi sont *tout à fait distincts* sur les coupes; leurs rapports réciproques sont absolument nets; il n'y a ni pénétration, ni diffusion du néoplasme dans les couches musculaires sous-jacentes. A la zone de jonction on trouve aussi de nombreux vaisseaux plongés dans le tissu néoplasique, mais ils ont ici une organisation plus achevée, plus complète que ceux qui sont situés dans la masse morbide; il y a là des artérioles et des veinules à parois épaisses.

On ne trouve nulle part de foyer de dégénérescence; rien non plus qui ressemble à une zone inflammatoire banale.

Dans un kyste à contenu athéromateux siégeant près de la grande cavité, on constate qu'il s'agit d'une infiltration graisseuse des éléments du néoplasme qui se sont désagrégés et ont produit les kystes. Cette surcharge graisseuse des éléments sarcomateux s'observe au voisinage de la paroi du kyste et aussi à distance. On trouve de volumineux îlots de cellules bourrées de gouttelettes graisseuses inégales; tout au voisinage on trouve des vaisseaux normaux et des éléments de même nature fixant très bien les agents colorants, de telle sorte qu'il est difficile de penser à des lésions dégénératives à cause et de la diffusion et de la vascularisation abondante du tissu de néoformation.

Ici encore il n'y a pas trace d'éléments épithéliaux et on ne peut admettre qu'il s'agit de kystes par rétention.

Dans le produit athéromateux contenu dans ces formations, nous avons trouvé au microscope un grand nombre de globules graisseux et des cristaux de cholestérine, en larges lamelles très réfringentes.

En somme, il s'agit dans ce cas d'un *sarcome de la muqueuse* utérine; les éléments épithéliaux ont complètement disparu, comme cela a été observé dans la plupart des observations analogues (*Voir th. AUBRY*).

Le nombre considérable des vaisseaux capillaires et leur mode d'organisation au sein du tissu néoplasique ainsi que la présence, dans le voisinage de ces capillaires d'un grand nombre de cellules d'aspect endothélial, et de cellules géantes caractéristiques (cellules angioplastiques), font pencher en faveur de la *nature endothéliale* de cette formation.

La limitation très nette de la production par rapport au tissu utérin, qui ne présente aucune trace d'infiltration, fait absolument rejeter l'hypothèse qu'il puisse s'agir d'un myome lisse embryonnaire, selon la description qu'ont donnée Paviot et Bérard, à propos de cas analogues.

CHAPITRE III

Symptomatologie et Physionomie Clinique.

Période prémonitoire.

Les tumeurs kystiques de l'utérus sont ordinairement, nous l'avons vu, le résultat de la transformation d'une tumeur pré-existant dans cet organe, généralement un fibro-myome.

La malade accusera donc comme *antécédents* éloignés les troubles propres à cette espèce de productions. Depuis plusieurs années les règles, autrefois normales en durée et en quantité, étaient devenues plus longues et plus abondantes ; parfois des hémorrhagies apparaissaient entre deux périodes menstruelles ; il existait dans le bas-ventre, dans les lombes, dans les cuisses des douleurs qui subissaient au moment des époques une exacerbation notable... Mais tous ces symptômes étaient en somme assez peu accentués pour que la malade ne s'en inquiétât outre mesure, ou bien, le médecin consulté, après avoir trouvé l'explication de ces différents troubles dans l'existence d'une tumeur dont il a constaté la nature et le siège, n'a pas jugé qu'une intervention opératoire fût nécessaire et a institué un traitement purement palliatif. Et pendant plusieurs années, cet état a persisté avec des alternatives d'aggravation et d'amélioration peu sensibles, quand, en quelques mois, l'affection prend une allure toute différente.

Période d'état.

CAUSES PRÉDISPOSANTES. — Ce changement se produit généralement vers *l'époque de la ménopause*, et de préférence alors qu'elle est complètement établie. Si l'on examine, en effet, un grand nombre d'observations de cystomes utérins, on voit que c'est surtout entre 45 et 60 ans, rarement plus tôt, quelquefois plus tard, que les malades ont accusé de nouveaux symptômes. Les femmes que nous avons observées avaient respectivement 50, 52, 55 ans; l'une était encore réglée; les deux autres ne l'étaient plus.

Cette influence de l'âge n'est donc pas niable, mais on n'a encore pu l'expliquer. Il est certain que, contrairement à l'opinion autrefois adoptée, les fibromyomes ne régressent pas tous à la ménopause, et qu'en particulier leur transformation kystique est relativement fréquente; c'est ainsi que Jacobs (1), sur 27 fibromes qu'il a longtemps observés, en a vu deux se transformer en tumeurs kystiques.

Les maladies génitales antérieures, telles que la métrite dans toutes ses variétés, l'absence ou l'existence de grossesses, leur nombre plus ou moins important, leur répétition à intervalles peu éloignés, ne semblent pas devoir être comptés parmi les causes prédisposantes de l'évolution kystique.

La transformation kystique marque son apparition par des métrorrhagies, le développement du ventre, des troubles dans la santé générale déterminés par la présence de la néoformation.

MÉTRORRHAGIES. — Les règles reparaissent si elles avaient disparu, deviennent plus abondantes si elles existaient encore. Ces hémorrhagies ont une marche irrégulière; leur importance et leur répétition peuvent déterminer un état d'affaiblissement extrême. Mais elles n'existent pas dans tous les cas; elles manquent presque régulièrement quand la tumeur est assez éloignée de la muqueuse

(1) JACOBS, *Bulletin Société belge Gynécologie et Obscétique*, 1896.

et en particulier dans le cas de production pédiculée sur l'utérus (obs. 3). Il ne peut n'exister aussi qu'un simple écoulement leucorrhéique plus ou moins abondant et odorant.

DÉVELOPPEMENT DE LA TUMEUR. — L'accroissement est *rapide* ; c'est en un espace de temps relativement court, en 6 et 8 mois, quelquefois moins (11 semaines dans l'observation 4), que ce néoplasme acquiert un volume considérable. Le développement est lui-même marqué de phases différentes ; il peut être ou continu ou au contraire se faire *par poussées* brusques, par soubresauts, de sorte que le volume de la tumeur, après être un moment resté stationnaire, est en quelques jours considérablement augmenté. Ces exacerbations s'accompagnent fréquemment de *phénomènes péritonéaux* plus ou moins graves qui peuvent se renouveler à plusieurs reprises ; elles sont attribuées à une hémorrhagie subite dans une des cavités kystiques.

Cet accroissement rapide est très fréquent ; c'est un symptôme très important en faveur d'une tumeur kystique de l'utérus ; nul néoplasme abdominal ne prend, en un même intervalle de temps, un développement aussi considérable ; les kystes ovariens, en particulier, ont une marche sensiblement plus lente et n'atteignent que plus tardivement des dimensions aussi importantes.

TROUBLES FONCTIONNELS. — Ils acquièrent généralement un haut degré de gravité, dus en grande partie à des *phénomènes de compression* ; du même genre que ceux que l'on rencontre dans toute tumeur du ventre, ils sont beaucoup plus accentués, précisément parce que les organes, dont les fonctions sont troublées, surpris par la rapidité de développement du néoplasme, n'ont en quelque sorte pas le temps de subir l'accoutumance nécessaire.

Appareil digestif. — L'estomac et les intestins sont fréquemment comprimés, déplacés par la tumeur ; souvent ils y adhèrent en quelque endroit, leurs parois sont parfois envahies par un processus néoplasique (obs. 1). Il en résulte des troubles dyspeptiques qui vont s'aggravant de jour en jour ; les digestions sont extrêmement lentes, les vomissements fréquents ; souvent l'appétit diminue. La compression de la partie inférieure du tube digestif

amène une constipation tenace et une stase fécale d'où peut résulter une sorte de toxémie stercorale par résorption de principes excrémentitiels. Ces accidents, souvent très accusés, nous l'avons dit, déterminent un état progressif *d'amaigrissement*, noté dans la grand majorité des observations, et qui peut même déterminer par lui seul une espèce de *cachexie*. Il faudra se rappeler que cet état n'est pas nécessairement le fait de la malignité de la tumeur, mais provient souvent aussi de la simple action de présence du néoplasme.

Appareil respiratoire. — Les fonctions respiratoires sont également troublées ; par suite du refoulement du diaphragme, de l'évasement de la partie inférieure du thorax, la respiration est gênée surtout pendant la marche et l'effort, d'autant plus qu'à l'âge déjà avancé, où les cystomes utérins apparaissent, les poumons ont perdu de leur élasticité et sont fréquemment légèrement atteints d'e nphysème.

Appareil circulatoire. — L'augmentation de la masse sanguine, la compression des gros vaisseaux abdominaux et pelviens, l'hypertrophie cardiaque, qui en est la conséquence, expliquent les *palpitations*, les *accès de suffocation* qui manquent rarement si on les recherche attentivement. Plus tard, le myocarde surmené est atteint de dégénérescence graisseuse, et l'on observe de l'assourdissement des bruits, de la *faiblesse des impulsions cardiaques*. Ces lésions, constatées avant une intervention, doivent entrer en ligne de compte dans le pronostic à établir ; dans plusieurs observations (19, 20), la mort est survenue par une syncope cardiaque qui n'avait pas d'autre explication.

L'*œdème* des membres inférieurs, de la région hypogastrique, fréquemment signalé, relève tant de la compression sur les veines iliaques et la veine cave que des troubles de la fonction cardiaque.

Appareil urinaire. — La pression du néoplasme sur la vessie, son aplatissement, son étirement en haut déterminent l'apparition de pollakiurie, de dysurie et parfois de cystite. Mais au niveau des uretères, la compression a beaucoup plus d'importance, car elle peut arriver à produire dans le rein des lésions peu appréciables d'abord, qui mettront cet organe en un état d'insuffisance fonctionnelle, dont les conséquences peuvent devenir graves

ultérieurement, surtout pendant les suites d'une intervention. La constatation d'une affection rénale imposera donc un traitement pré-opératoire. L'hydronéphrose, la pyélite et la néphrite s'observent également, mais ne sont très accentuées que dans les périodes tout à fait terminales.

Douleurs. — C'est encore à la compression que sont dues les douleurs dans l'abdomen, les névralgies réflexes, lombo-abdominales, sciatiques et crurales, qui peuvent acquérir un haut degré d'intensité, surtout au moment des exacerbations brusques que nous avons indiquées à propos du développement.

ÉTAT GÉNÉRAL. — On comprend facilement, d'après cet exposé, que l'état général soit profondément modifié, quand se développe une tumeur de l'utérus avec kystes volumineux. Par suite des hémorrhagies qui épuisent par leur abondance, des troubles divers déterminés par la rapidité du développement sur laquelle nous attirons toute l'attention, il s'établit un grand *affaiblissement* et un état de santé précaire, parfois voisin de la *cachexie*.

Mais, il faut bien le reconnaître, tous ces symptômes subjectifs ont un caractère très variable; parfois ils sont très peu accentués, plusieurs même peuvent faire défaut; et c'est presque silencieusement que se développe le néoplasme kystique. L'augmentation de volume du ventre et la gêne qui en résulte poussent seules la malade à se présenter au chirurgien.

EXAMEN CLINIQUE

ASPECT DU VENTRE. — Sans être caractéristique, il offre certaines particularités intéressantes; la peau est tendue, amincie, l'ombilic est déplissé, quelquefois saillant. Fréquemment il existe un *œdème sus-pubien* assez accentué, et sur toute la surface de l'abdomen, on voit un *réseau veineux*, à larges mailles, qui témoigne de la gêne de la circulation sanguine dans la paroi.

Le soulèvement de la peau est tantôt uniforme, et il s'agit alors d'un très gros kyste; beaucoup plus souvent il se manifeste par de *grosses bosselures* qui déforment considérablement

la surface abdominale en saillies inégales et irrégulières. La prédominance de la tumeur dans la partie inférieure, son poids, produisent très fréquemment la disposition en ventre pendulum ou de polichinelle. D'autres fois la distension s'étend à toute la cavité péritonéale; les hypocondres peuvent être soulevés et écartés, et les flancs remplis bombent de chaque côté; elle est alors portée à son maximum; c'est dans ces cas que les troubles amenés par la compression sont surtout accusés et sérieux.

PERCUSSION. — La tumeur est mate dans toute son étendue; les limites de cette matité indiquent celles du néoplasme; la ligne de démarcation est toujours convexe vers le haut, mais elle est formée soit d'une seule courbe à grand rayon dans le cas de gros kyste unique; soit, et c'est le cas le plus fréquent, d'une série de petites courbes secondaires qui correspondent à chacune des bosselures d'une tumeur polykystique.

Sur les parties latérales et en haut se trouvent réfugiées les anses intestinales. Dans le cas de tumeur énorme la matité est absolue dans tout le ventre, car la masse intestinale est tout entière refoulée du côté de la colonne vertébrale.

AUSCULTATION. — Il est signalé qu'il existe un souffle vasculaire intense dans un point quelconque de la tumeur; c'est là l'indice d'une grande vascularisation. Nous n'avons rencontré ce symptôme dans aucun des cas que nous avons observés.

PALPATION. — C'est le procédé d'investigation qui donne les renseignements les plus précieux, pathognomoniques pourrait-on dire, pour la reconnaissance des tumeurs kystiques de l'utérus. Elle permet d'apprécier les dimensions et la forme générale de la néoformation, sa surface ordinairement rendue irrégulière tant par les bosselures, que l'œil distingue, que par des saillies plus petites que la main seule reconnaît à travers la paroi amincie; toutes ces proéminences sont séparées par des sillons plus ou moins profonds; l'un ou plusieurs d'entre

eux peuvent être assez nets pour donner à penser qu'ils séparent deux portions absolument distinctes d'une même tumeur. Si l'on fait glisser les couches de la paroi sur la surface du néoplasme, on se rend parfois compte qu'il existe des adhérences, circonstance très fréquente et intéressante à connaître pour l'intervention. Quand il y a de l'*ascite* tous ces symptômes sont moins faciles à percevoir, mais en déprimant brusquement la paroi, on arrive sur la tumeur dont on peut alors apprécier plus ou moins certaines particularités.

Un des traits les plus pathognomoniques des tumeurs kystiques est la constatation par la palpation d'une très *grande variation de consistance* dans différents endroits du néoplasme. Tandis qu'en certains points la tumeur est dure, résistante comme un fibrome ordinaire, en d'autres elle est molle, puis en d'autres encore on constate une rénitence très nette, devenant même de la *fluctuation*. En effet, pour peu que les cavités kystiques soient étendues et que les parois n'aient pas trop d'épaisseur, on obtient facilement, par la chiquenaude, dans les régions qu'elles occupent, la sensation du flot.

Il est à noter, d'après plusieurs observations, que le néoplasme est d'autant plus ramolli que l'on s'éloigne davantage de l'utérus; c'est ainsi que dans un des cas que nous avons vus (obs. 3), on sentait au-dessus du pubis l'utérus avec sa fermeté caractéristique; il était surmonté d'une production molle, rénitente, au-dessus de laquelle de grosses bosselures étaient le siège d'une fluctuation manifeste.

Les mêmes différences de consistance se retrouvent quand une partie de la tumeur est contenue dans le petit bassin; par le toucher vaginal, on constate, à côté de masses dures, des bosselures plus ou moins fluctuantes. Le Bec rapporte un cas où un kyste proéminait dans l'épaisseur de la lèvre postérieure; Péan l'incisa et il s'échappa plus d'un litre de liquide brunâtre; après drainage et suppuration de la poche, la guérison fut obtenue, mais la malade portait toujours sa tumeur qui occasionna encore des accidents par la suite.

La *palpation combinée au toucher vaginal* permet de déterminer les limites exactes de la tumeur, son origine utérine, et ses connexions avec les organes voisins. Du côté de l'abdomen elle montrera que le néoplasme répond bien aux zones de matité indiquées par la percussion. Dans le pelvis on trouvera l'utérus ordinairement hypertrophié, et dans une situation qui n'a rien de fixe, tantôt élevé ou abaissé, il peut être incliné d'un côté ou de l'autre, en rétroversion ou le plus souvent en antéversion, suivant la disposition de la tumeur. Celle-ci peut s'insinuer par une quelconque de ses parties entre les feuillets des ligaments larges, faire saillie dans les culs-de-sac vaginaux, spécialement le postérieur, finalement remplir toute la cavité du petit bassin. Ces dispositions pelviennes sont les plus rares, on rencontre plutôt les tumeurs à développement en majeure partie abdominal.

Un bon symptôme de l'origine utérine des tumeurs kystiques est la *communication au col des mouvements* imprimés à la tumeur située dans le ventre. Il faut signaler cependant que dans plusieurs cas où celle-ci se trouvait rattachée à l'utérus par un pédicule long et étroit, la communication des mouvements a manqué. Malheureusement aussi le néoplasme est souvent rendu fixe par ses adhérences ou par son volume excessif, et ce moyen ne peut être toujours employé. D'autre part, d'autres tumeurs abdominales peuvent, dans certaines circonstances, présenter, le même symptôme ; il s'agit alors de tumeurs situées au contact de l'utérus et qui entraînent cet organe indemne pourtant de toute néoplasie ; nous reparlerons de ces cas à propos du diagnostic.

Toucher rectal. — Il pourra être utilisé pour vérifier certains détails, mais ordinairement il n'est pas nécessaire.

HYSTÉROMÉTRIE. — L'examen de la cavité de la matrice est un mode d'exploration des plus importants pour le diagnostic. Il permet de déterminer l'origine utérine du néoplasme.

Ordinairement l'utérus est très développé ; la tige de l'instrument pénètre à une grande profondeur ; il n'est pas rare à la mensuration de trouver 12, 15, 18 centimètres, et même plus. Non seulement la hauteur, mais aussi la largeur de l'organe est accrue.

La direction de la tige indique dans quel sens est dévié l'utérus.

Cette exploration doit être faite avec douceur ; on peut craindre en effet de provoquer le retour ou l'aggravation des métrorrhagies ou bien de crever un kyste bombant dans la cavité, et de terminer ainsi une hémorrhagie importante. Mais elle doit toujours être pratiquée ; la nature kystique de la tumeur étant reconnue, si l'on trouve une augmentation de la cavité utérine, on peut certifier que cette tumeur kystique a pour point de départ l'utérus, car aucune autre formation du même genre ne produit le même symptôme.

PONCTION. — Quelques auteurs ont proposé de faire dans la tumeur une ponction, soit pour reconnaître la nature du liquide contenu dans les kystes, soit pour rendre plus facile la palpation de la masse solide. Nous ne croyons pas que ce moyen soit à recommander dans le but d'établir le diagnostic ; il peut en effet déterminer la rupture à l'intérieur du kyste des vaisseaux situés très superficiellement dans les parois ; dans plusieurs cas cette intervention a été l'occasion de poussées de péritonite, qui ont provoqué la formation d'adhérences rendant ainsi plus difficile l'opération ultérieure (obs. 1) ; ou bien encore de suppuration (obs. 26), ou de rupture du kyste. Des accidents graves, et même la mort, peuvent en être la conséquence.

EN RÉSUMÉ, lorsque chez une femme près d'atteindre l'âge de la ménopause ou l'ayant dépassé — portant antérieurement un fibrome — on constate le retour des écoulements hémorrhagiques ou leucorrhéiques, des troubles digestifs et urinaires, de l'amalgissement et de l'affaiblissement, des douleurs — tous ces symptômes coïncidant avec l'accroissement rapide de la tumeur — son ramollissement qui peut donner jusqu'à de la fluctuation — ses rapports intimes avec l'utérus, lui-même agrandi et hypertrophié — on sera autorisé à penser à l'existence d'une tumeur kystique de l'utérus.

L'existence d'une tumeur utérine kystique étant reconnue, il faudra chercher à déterminer quelle est la *disposition topographique* du néoplasme. On devra donc, autant que possible, diagnos-

tiquer les formes diverses que nous avons signalées à propos de l'anatomie pathologique, telles que tumeurs sous-péritonéales pédiculées sur le fond de l'utérus ; ou bien implantées sur la face postérieure de l'organe et proéminent dans le Douglas ; ou bien constituées dans le pelvis par une grosse masse solide et dans le reste de l'abdomen par un vaste kyste ; ou bien formations intra-utérines et même intra-vaginales d'apparence polypeuse, etc.

Il restera encore à savoir quelle est la *nature* du néoplasme, c'est-à-dire à déterminer s'il s'agit d'un fibro-myôme ou bien d'un sarcome. C'est là une question difficile et dont la solution est souvent hypothétique. La constatation ou plutôt l'aggravation de certains symptômes peuvent seulement donner quelques présomptions. C'est ainsi que s'il s'agit d'une tumeur sarcomateuse, la marche de la maladie aura été sensiblement plus rapide, l'état général sera beaucoup plus grave, tant à cause de l'intensité des troubles de compression que de la possibilité de métastases sarcomateuses dans les poumons, le foie et d'autres organes (1) ; les réseaux veineux sous-cutanés et l'œdème de la paroi sont plus apparents et plus développés ; l'ascite manque rarement et est généralement abondante ; si l'on se décide à faire la paracentèse ou la ponction des cavités, le liquide obtenu est généralement plus foncé et même sanglant.

Mais tous ces symptômes, sauf les faits certains de généralisation, ne donnent que des présomptions en faveur de la nature embryonnaire de la tumeur ; ils ont été également rencontrés dans des néoplasmes simplement fibromateux ou myomateux ; ce n'est souvent que l'opération, c'est-à-dire la vue directe de la tumeur, et même l'examen histologique qui pourront donner une indication certaine sur la nature de la production kystique.

COMPLICATIONS. — Diverses complications peuvent survenir dans le cours de l'évolution d'un néoplasme kystique de l'utérus.

(1) Des observations de généralisation d'une tumeur maligne d'origine utérine, ont été publiées par Langerhans (Berlin, *Klin-Woch.*, 1893, 3 avril ; traduction dans le travail de Paviot et Bérard), Condamin (*Gaz. heb. de Médecine*, 1895, p. 33).

Nous avons vu que le développement s'accompagnait assez souvent de *poussées péritonéales* ; parfois même on a affaire à une véritable *péritonite à répétition* (obs. 25), ces phénomènes graves peuvent mettre la malade en danger de mort.

La *suppuration des kystes* est, en réalité, assez peu fréquente, mais elle constitue un incident très sérieux. Elle peut être ou bien spontanée et l'apport microbien vient alors soit de la voie sanguine, soit encore de l'intestin à travers des adhérences (Reymond); ou bien elle est consécutive à une intervention thérapeutique telle que ponction (obs. 26), tamponnement vaginal ou électrothérapie (Bouilly). Au point de vue clinique cette complication se fait soit d'une façon tout à fait latente (obs. 6, 24); ou au contraire s'accompagne de phénomènes généraux graves; dans ces conditions Bouilly (obs. 8) opéra presque d'urgence et obtint un succès remarquable.

La *rupture des kystes* reconnaît comme causes la suppuration, une hémorrhagie considérable à l'intérieur de la poche, un traumatisme quelconque; d'autres fois c'est spontanément, par suite d'un amincissement extrême, que la paroi se crève. Le liquide du kyste utérin se répand dans la cavité abdominale, et, suivant sa nature séreuse, sanguine ou purulente, provoque des accidents ordinairement graves, tels que péritonite généralisée (obs. 26), hémorrhagie interne, etc. Dans certains cas la rupture ne détermine aucune réaction et n'est reconnue qu'au moment de l'opération (obs. 29). La production rapide, même presque subite, d'un épanchement ascitique; l'affaissement d'un des gros lobes de la tumeur, sont des signes qui doivent faire penser à la rupture du kyste.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

Nombreuses ont été les erreurs commises à propos des néoplasmes kystiques de l'utérus ; leur constatation fut dans plusieurs cas une trouvaille, ou d'intervention opératoire ou d'autopsie. Diverses affections peuvent en effet leur ressembler par beaucoup de points, et si les symptômes ont été insuffisamment ou étudiés ou raisonnés, l'erreur est facile et fréquente. C'est à l'étude de ces affections, des analogies et des dissemblances qu'elles offrent avec les cystomes utérins que nous consacrerons ce chapitre. Nous les diviserons en deux grandes catégories, suivant qu'elles siègent elles aussi dans l'utérus, ou qu'au contraire elles ont leur origine dans les organes voisins et spécialement dans les annexes (ovaires, trompes, ligaments larges).

Affections utérines.

GROSSESSE. — Comme dans les tumeurs kystiques, il existe dans la grossesse des troubles généraux parfois très importants, un développement rapide d'une tumeur qui siège dans l'utérus et qui présente à côté de parties fluctuantes des portions solides ; mais à un examen plus approfondi, la palpation méthodique, l'auscultation, l'interrogatoire suffiront à établir le diagnostic de grossesse. Ce n'est que dans certains cas de grossesse, anormale et compliquée, que les difficultés surgiront.

Dans le cas d'*hydramnios* par exemple et en particulier dans les formes aiguës, certaines poussées du développement se rapprochent de celles que nous avons signalées dans les symptômes des tumeurs kystiques ; la reconnaissance du fœtus par la palpation est difficile ou impossible, l'auscultation peut ne pas donner de résultat. Mais ici encore certains signes rectifieront le diagnostic ; les règles sont suspendues ; il existe des phénomènes connexes, tels que ceux observés du côté des seins, qu'on ne rencontre pas dans les cystomes ; dans les cas douteux, où une intervention s'impose, le toucher intra-cervical, permettant de sentir les membranes, lèvera tous les doutes.

Nous avons eu l'occasion, durant notre internat dans le service de M. le professeur Duret, d'observer un cas curieux (1), où le diagnostic porté était celui de cystome utérin. Il s'agissait d'une tumeur ayant débuté 15 mois auparavant, manifestement fluctuante avec certaines parties dures, légèrement ballotantes ; l'hystérométrie n'avait pas été pratiquée à cause de la situation du col, inaccessible dans la concavité sacrée.

On avait affaire, en réalité, à un véritable *kyste fœtal*, par suite de la rétention, jusqu'au quinzième mois, d'un fœtus mort à l'âge de 5 mois, et qui présentait de l'exencéphalie nucale et un spina-bifida lombaire. La malade, âgée de 45 ans, et déjà mère à plusieurs reprises, ne s'était jamais supposée enceinte, et aucun symptôme de faux travail n'était survenu au terme normal de la grossesse. Le diagnostic était donc impossible, mais on pourra dire qu'on eût pourtant tort de ne pas arrêter davantage son attention sur la suppression des règles qui durait depuis quinze mois.

FIBROMES. — Certains fibromes, ayant subi la dégénérescence œdémateuse (fibromes à géodes), peuvent en imposer pour des tumeurs kystiques. Mais dans celles-ci, la palpation dénote des parties dures et bosselées à côté de points fluctuants, tandis que dans les fibromes simplement *œdématisés*, la consistance générale

(1) DURET, *A propos de deux cas extraordinaires d'hystérectomie* (in *Semaine Gynécologique*, 1897).

est uniformément mollesse. Il y a lieu également de tenir compte de la lenteur de développement d'un corps fibreux comparée à la rapidité de celui des tumeurs kystiques; toutefois, il y a certains corps fibreux pédiculés qui s'accroissent si rapidement que la confusion est facile.

Quelques particularités des fibromes peuvent encore provoquer des erreurs. Meredith (1) a rapporté une observation d'oblitération de l'orifice utérin, déterminée par une élongation du col et une rotation partielle de la tumeur; il en était résulté une hématométrie spéciale; la masse morbide pesait 15 livres et contenait 5 litres de sang; la guérison fut obtenue par l'hystérectomie supra-vaginale. Dubreuil (2) a ponctionné et drainé, chez une femme de 65 ans, une hématométrie, simulant un corps fibrokystique, due à l'oblitération du col d'un utérus, contenant des fibromes. Cette opération a été suivie de mort. Tillaux (3) a publié sous le nom d'utérus kystique un fait très analogue, guéri par l'hystérectomie abdominale. Il s'agit généralement, dans ces cas-là, de femmes âgées, le col ayant une tendance à se rétrécir, et même à se fermer sous l'influence de l'atrophie sénile.

CANCER DU CORPS UTÉRIN. — Il s'agit ici de dégénérescence épithéliomateuse ou sarcomateuse de la muqueuse, ou bien de sarcome du parenchyme.

L'épithéliome du corps de l'utérus provoque comme les néoplasmes kystiques des hémorrhagies abondantes, de violentes douleurs à caractère paroxystique, des phénomènes de voisinage (miction, défécation), des troubles dans la santé générale (cachexie). Mais la tumeur épithéliomateuse est dure dans toute sa masse, son volume est relativement beaucoup moins important, les écoulements sont plus fétides, la cachexie est plus rapide et plus accusée; enfin l'examen histologique du produit de râclage de la cavité pourra servir à fixer le diagnostic.

(1) MEREDITH, *Trans. of the obstetr. Soc. of London*, août, 1887.

(2) DUBREUIL, *Hématométrie. Revue de Chirurgie*, août, 1889.

(3) *Utérus kystique, Annales Gynécologie*, juillet, 1889.

Le *sarcome de la muqueuse* quand il s'accompagne d'hématométrie, et le fait se présente dans la moitié des cas (Aubry), peut en imposer pour une tumeur kystique.

Notre observation 5 est un exemple de la possibilité de cette confusion.

On avait porté le diagnostic de néoplasme kystique parce que la tumeur était manifestement utérine, qu'elle s'était développée très rapidement; parce qu'elle était le siège de fluctuation; parce que l'hystérométrie avait été possible et indiquait une légère augmentation de la cavité (9 centimètres).

Cette dernière constatation fut la principale cause de l'erreur commise; son interprétation était fausse; en réalité l'hystéromètre n'avait pas pénétré dans la cavité utérine obstruée, mais dans un col allongé dans des proportions peu ordinaires.

L'attention aurait dû, sans doute, être retenue davantage par ces deux faits: la tumeur était très régulière et ne présentait aucune bosselure, aucun sillon, comme on en distingue à la surface de la plupart des néoplasmes kystiques; les règles, qui avaient d'abord augmenté d'abondance, s'étaient complètement supprimées et l'augmentation du ventre avait suivi leur disparition, « phénomène particulier, très caractéristique, car il ne se produit guère que dans les cas d'un sarcome de la muqueuse » (Aubry).

L'extrême rareté de ces néoformations explique l'erreur commise; comme du reste cela s'est produit dans la plupart des cas publiés, le diagnostic exact fut une véritable découverte de laboratoire.

Le *sarcome du parenchyme* se confond le plus souvent, au point de vue clinique, avec le fibrome; l'association des deux néoplasies est d'ailleurs fréquente sous forme de fibro-sarcome. Pour distinguer ces formations des néoplasmes kystiques, il faudra procéder comme nous l'avons indiqué à propos des tumeurs fibreuses ordinaires.

Dans un tiers des cas environ (Terrillon), le sarcome du corps utérin s'accompagne de productions kystiques; il constitue alors une des variétés de néoplasmes kystiques; nous en avons parlé plus haut.

Nous signalerons enfin les *kystes hydatiques* de l'utérus, productions très rares qui ne s'accompagnent pas d'une tumeur solide; les anciens *kystes de l'utérus* dont l'existence n'est plus admise, tous les cas observés étant aujourd'hui considérés comme des dégénérescences kystiques totales d'un fibrome.

Affections para-utérines.

KYSTES DE L'OVAIRE. — Ils ont été la cause des principales erreurs commises. Les tumeurs kystiques utérines ont été, dans la grande majorité des observations, diagnostiquées comme des kystes de l'ovaire (obs. 9, 15, 16, 17, 21, 26, 27). Rappelons que le premier cas connu (1) fut découvert au cours d'une laparotomie pratiquée en vue d'une ovariectomie. Le plus souvent on trouve en effet à l'examen une poche nettement fluctuante et sur certains points des gâteaux plus ou moins volumineux et résistants, caractères que l'on rencontre aussi dans les cystomes utérins.

Il faut alors se rappeler que le développement de l'abdomen est plutôt général dans les tumeurs ovariennes, plus limité dans les productions utérines; dans les premières n'existent pas d'aussi grosses bosselures que dans les autres;

La mensuration montrera que l'augmentation de volume se fait asymétriquement, que le ventre est plus distendu d'un côté que de l'autre dans les kystes de l'ovaire, tandis que l'accroissement est généralement médian et sensiblement symétrique dans les néoformations de l'utérus;

La présence du réseau sous-cutané veineux manque le plus souvent dans les kystes de l'ovaire;

La partie liquide l'emporte de beaucoup sur les portions solides dans les tumeurs de l'ovaire; la masse charnue est considérable dans les cystomes utérins;

Dans la grande majorité des cas, le néoplasme ovarien n'entraîne pas l'utérus dans les mouvements qu'on lui imprime; à la palpation, l'utérus n'est pas hypertrophié; l'hystérométrie n'indique

(1) LIZAR, *Observation on extraction of diseased ovaries*, 1824.

aucune augmentation verticale ou transversale de la cavité. — Tous ces signes existent au contraire dans les tumeurs utérines ;

Les métrorrhagies sont un symptôme de néoplasme de l'utérus ; dans les kystes de l'ovaire la menstruation reste normale, ou bien très fréquemment est diminuée, quelquefois même supprimée ; les hémorrhagies ont été également signalées, mais à titre exceptionnel ;

L'interrogatoire de la malade fournira aussi quelques présomptions ; les tumeurs utérines apparaissent généralement chez des personnes arrivées à la ménopause ou à son approche ; les kystes ovariens surviennent plutôt au cours de la vie génitale.

Un accroissement très rapide, surtout s'il s'est accompagné de poussées brusques ; l'existence antérieure d'une production fibreuse, sont également des signes en faveur de la tumeur utérine kystique.

La coexistence d'un kyste ovarien et d'un fibrome utérin, sans être fréquente, n'est pas très rare. Dans ce cas c'est par un examen attentif que l'on pourra arriver au diagnostic ; il pourra être relativement facile si les deux productions sont bien distinctes et pas trop volumineuses ; sinon l'intervention seule et la vue directe des lésions permettront d'être fixé. Rappelons que dans certains cas on a trouvé l'utérus envahi par plusieurs corps fibreux dont quelques-uns ou un seul avaient subi la dégénérescence kystique, tandis que les autres restaient normaux.

FIBROMES ET SARCOMES DE L'OVAIRE. — Ce sont des tumeurs rares et qui s'associent souvent sous forme de fibro-sarcomes. Généralement dures, elles se creusent parfois de cavités plus ou moins importantes ; outre qu'il est ordinairement facile de déterminer que l'utérus ne participe pas à la néoformation, l'âge moins avancé de la malade ; la marche encore plus rapide, « galopante », a-t-on dit, pour le sarcome, que celle des tumeurs utérines ; la cachexie beaucoup plus accentuée ; l'abondance et la reproduction de l'ascite à caractère sanglant, permettront de faire le diagnostic.

KYSTES DE LA TROMPE (Séreux, hématiques ou purulents). — Ce n'est que dans des cas exceptionnels où le volume parvient à

être énorme que la question pourra se poser de la possibilité d'une tumeur fibrokystique de l'utérus. La distinction se fera par l'étude des antécédents et par l'hystérométrie.

FIBROMES DES LIGAMENTS LARGES. — On sait que dans l'épaisseur de ce repli du péritoine on rencontre des tumeurs fibreuses : elles aussi peuvent devenir kystiques; Tédénat de Montpellier (1) a observé un cas, où l'utérus étant normal, on trouvait dans les ligaments larges une masse fibro-myomateuse pesant 7 kilos, dont l'un des lobes était kystique et renfermait 8 litres de liquide. Gross (2), Jeannin, Pillet et Thiéry (3) ont publié des cas analogues.

KYSTES DES LIGAMENTS LARGES. — Fréquemment aussi, quand existe un fibrome utérin, on voit, sous l'influence du mouvement nutritif exagéré résultant de la « grossesse fibreuse », apparaître dans l'épaisseur des ligaments larges des kystes séreux, qui se développent aux dépens des vestiges du corps de Wolff, qui sommeillent dans le paramétrium. Quand ils atteignent de grandes proportions ils peuvent donner les mêmes signes que les kystes de l'ovaire coexistant avec un fibro-myôme utérin, et le diagnostic présentera les mêmes difficultés que nous avons signalées à propos de ce cas.

Le diagnostic différentiel des tumeurs utéro-kystiques sera, on le voit, très souvent difficile, et ce n'est que par une analyse attentivement conduite et judicieusement raisonnée des symptômes, que l'on pourra arriver à les distinguer des diverses affections qui peuvent les simuler. Cette recherche n'a pas d'ailleurs un intérêt purement clinique; en assurant à l'avance son diagnostic, le chirurgien s'évitera toute surprise au cours d'une intervention qui peut, tout à coup, changer de direction, d'importance et de gravité.

(1) *Traité. Gynécol.* de Pozzi, 1887.

(2) GROSS, *Congrès de Chirurgie*, 1892.

(3) *Soc. Anatomique de Paris*, 1894, pag. 351 et 682.

CHAPITRE V

Pronostic.

Les néoplasmes kystiques de l'utérus doivent être considérés comme des productions à *pronostic grave*.

Les hémorrhagies et les douleurs qu'ils provoquent épuisent la malade; leur volume, leur développement rapide, la compression qui en est la conséquence déterminent des troubles fonctionnels dans les différents appareils, des lésions anatomiques dans les différents viscères. Il en résulte ordinairement un état de cachexie qui va s'accroissant et finalement emporte la malade.

Dans le cours de l'évolution, diverses *complications* (péritonite, suppuration et rupture des kystes) peuvent survenir, qui souvent amènent un dénouement fatal.

La *nature du néoplasme* ajoute encore à la gravité de ce pronostic. Si dans bien des cas les kystes apparaissent dans des fibromes simples, fréquemment aussi ils sont l'indice de la nature embryonnaire et maligne de la tumeur. L'affection ne reste pas toujours simplement utérine : on peut observer sa *propagation* dans les organes voisins (intestin, vessie, cavité péritonéale, ceinture pelvienne), parfois même sa *généralisation* dans les viscères éloignés (poumons, foie, reins) ; enfin sa *récidive* après l'ablation : « elle est « de règle », dit Terrillon dans son mémoire sur les Sarcomes et « Cysto-sarcomes de l'utérus, et survient en général au bout de six « à huit mois ; c'est dans le moignon que se produira la nouvelle « évolution néoplasique si l'organe atteint n'est pas enlevé en totalité ; d'autres fois ce sera dans les parties voisines. »

Un autre élément de gravité vient de l'*intervention chirurgicale*. Celle-ci, disons-le dès maintenant, sera le plus souvent l'hystérectomie abdominale totale. Cette opération a déjà ses dangers dans les cas simples ; combien ne sont-ils pas accrus quand il existe des adhérences étendues et intimes avec l'intestin, la vessie, la paroi ; quand la tumeur est très volumineuse, quand la malade est déjà très affaiblie et que plusieurs de ses organes (cœur, reins) fonctionnent mal ; circonstances que l'on rencontre très fréquemment dans les cystomes utérins.

Les néoplasmes kystiques de l'utérus ont donc bien, *cliniquement, quelquefois anatomiquement*, un caractère indéniable de *malignité*.

Il appartient au chirurgien de diminuer la gravité de ce pronostic par une *intervention précoce*.

S'il a constaté l'existence d'une tumeur utérine kystique avant la ménopause, il lui serait téméraire d'espérer voir la régression se produire à cette époque. Il est en effet prouvé que c'est au contraire le moment où leur marche devient plus rapide et leur extension plus considérable. C'est même en vue de prévenir la dégénérescence kystique qu'aujourd'hui de nombreux chirurgiens proposent, contrairement aux idées en cours il y a quelques années encore, d'opérer les productions fibreuses, même et surtout aux approches de l'âge critique ; s'ils ne le peuvent, ils prennent soin de surveiller attentivement le néoplasme et interviennent dès les premiers symptômes de transformation ; c'est ainsi que Péan, sur 250 opérées, en compte 120, soit près de la moitié, ayant de 40 à 50 ans.

Par une intervention hâtive, le chirurgien s'opposera au développement exagéré de la tumeur et à l'établissement de la cachexie ; il préviendra la propagation ou la généralisation du néoplasme ; il reculera à ses dernières limites l'apparition de la récurrence quand est-elle à redouter ; enfin il rendra son action plus facile et moins dangereuse.

CHAPITRE VI

Traitement.

Le traitement des néoplasmes kystiques de l'utérus sera purement chirurgical.

Les moyens médicaux ne sauraient avoir aucune action sur eux; quand ils ont été employés contre la tumeur primitive, ils n'ont pu empêcher la production de la transformation kystique; ils ne peuvent pas davantage arrêter son développement ou déterminer sa régression.

Dans le cours de l'évolution, quand la malade ne voudra pas encore se résoudre à subir une opération, on devra user de ces moyens pour la soutenir ou pour parer à des accidents urgents tels que métrorrhagies abondantes, troubles graves résultant du volume considérable du néoplasme, etc.; le tamponnement vaginal, la ponction, etc., pourront être utilisés dans ces cas, mais simplement à titres de palliatifs, et temporairement.

Ce sera donc en définitive au traitement chirurgical qu'il faudra toujours avoir recours; nous avons vu pourquoi il doit être appliqué le plus rapidement possible et pourquoi il doit tendre à l'ablation radicale de la tumeur.

L'état de santé très précaire et la cachexie très prononcée, des signes certains de propagation étendue et inopérable ou encore de généralisation, sont les seules *contre-indications*. Dans les cas où la vie est en danger immédiat par suite de phénomènes aigus du côté du péritoine, ou bien d'inflammation et de suppuration des

kystes, on pourra encore tenter l'extirpation ; le succès a parfois été obtenu, même dans ces conditions ; plusieurs observations en font foi (obs. 8, 25).

Quand l'action chirurgiale aura été décidée, on ne manquera pas de faire une sorte de *traitement pré-opératoire* pour mettre l'organisme en état de supporter l'intervention dans de bonnes conditions ; l'attention sera spécialement portée sur l'état des reins, du cœur ; le régime lacté, la médication cardiaque, les toniques généraux seront alors utilisés avec grand avantage.

L'intervention se fera toujours par la *voie abdominale*. L'ablation par le vagin est à rejeter absolument à cause du grand volume de la tumeur, de la probabilité d'adhérences étendues, de la friabilité excessive du tissu néoplasique.

Quand le ventre sera ouvert, quand les kystes auront été vidés par la ponction ou l'incision, quand les rapports du néoplasme avec l'utérus et les organes voisins auront été reconnus par la palpation intra-abdominale, quand la production aura été libérée de toutes ses adhérences, temps opératoire riche en difficultés et en complications ; le chirurgien sera appelé à se décider pour telle ou telle méthode d'extirpation.

Si la tumeur est implantée sur l'utérus par un pédicule assez long, si elle n'a pas l'aspect d'une production maligne ; si l'état de la malade contre indique une intervention plus grave, on pourra se contenter de lier et de sectionner le pédicule à sa base (obs. 4).

Quand, au contraire, le néoplasme est largement inséré sur l'utérus, c'est à une opération plus étendue qu'il faut avoir recours, et l'*hystérectomie* s'impose. On la fera *totale*, sans laisser de moi-gnon, soit externe, soit intra-péritonéal ; le danger n'est pas augmenté et l'on se mettra ainsi à l'abri de la récurrence dans le pédicule.

Quant au procédé d'hystérectomie totale à appliquer, il n'en est pas d'exclusif ; chaque fait présente des indications spéciales, et l'on doit choisir la méthode qui y répond le mieux ; nous avons vu employer le procédé américain ; il suffit parfaitement dans la plupart des circonstances.

Dans les cas où le néoplasme est enclavé dans le bassin, ou

quand il a poussé des prolongements dans les ligaments larges et dans le tissu cellulaire pelvien, les méthodes ordinaires d'hystérectomie abdominale totale sont insuffisantes. On devra alors se décider au *morcellement in situ*, comme nous l'avons vu pratiqué par M. le professeur Duret dans les cas que nous avons observés et qui ont été suivis de guérison (obs. 1 et 2). On diminue d'abord le volume de la tumeur par l'évacuation des kystes; puis on morcelle les cloisons et les masses fibreuses par des sections successives, soit transversales, soit obliques, soit antéro-postérieures. Lorsqu'il ne reste plus qu'un moignon dans la cavité pelvienne, on le divise par section médiane et on enlève successivement chacune des deux moitiés, pinçant et liant les artères utérines de chaque côté.

La *guérison* sera généralement obtenue par l'intervention; elle sera définitive dans le cas de cysto-fibrome; quand au contraire on aura affaire à une production histologiquement maligne, à un sarcome, il faudra toujours redouter une *récidive* néoplasique dans un délai plus ou moins éloigné.

OBSERVATIONS

(Suite) (1)

OBSERVATION 6

(Communiquée par M. le Professeur DURET.)

Énorme tumeur kystique de l'utérus remplie de matières purulentes (6 litres). Cavité utérine distincte en avant. — Hystérectomie à pédicule externe. (1895)

Religieuse, âgée de 45 ans. Se présente avec le ventre distendu par une tumeur remontant presque sous les hypocondres. Il y a huit ans pelvi-péritonite. Consécutivement les règles furent normales, parfois légèrement douloureuses. Le début de l'affection remonte à 2 ans et demi; ménorrhagies et douleurs; le médecin habituel constata un fibrome de la face postérieure; traitement médical. Depuis 4 mois l'accroissement a marché d'une manière très *rapide*; douleurs abdominales intenses; pertes utérines continues et parfois fétides; il y a trois semaines, état fébrile avec vomissements pendant 10 à 12 jours.

EXAMEN. — On trouve dans l'abdomen une tumeur remontant à 4 travers de doigt de l'appendice xyphoïde; sa surface est lisse dans sa plus grande étendue; dans le flanc droit on trouve 4 à 5 bosselures du volume d'une pomme. De consistance généralement molle, elle donne parfois la sensation d'une fluctuation profonde obscure. Au toucher vaginal, pas de distension des culs-de-sac; l'utérus paraît être en avant: l'hystéromètre pénètre à 16 centimètres. Miction normale; constipation habituelle. Malade très anémiée et très amaigrie.

On diagnostique une tumeur polykystique probablement à marche maligne.

Opération par M. le professeur Duret (14 janvier 1895).

(1) Voir pages 23 à 45. — On trouvera en outre dans la thèse de Le Bec (1880) plusieurs observations très intéressantes de tumeurs fibro-kystiques opérées par Péan, Koerberlé, Knowsley Thornton, Spencer Wells, etc.

Après laparotomie on reconnaît un énorme kyste remplissant tout l'abdomen et manifestement fluctuant. On le ponctionne au gros trocart et on recueille *un demi-seau de pus jaunâtre*, assez fluide légèrement odorant; la cavité vidée du liquide renferme encore de gros débris du volume du poing qui semblent être des parties sphacélées de la tumeur; deux kystes accessoires beaucoup moins volumineux situés à droite communiquent avec la grande cavité et se vident en même temps qu'elle.

Après évacuation la tumeur est extraite du ventre; on reconnaît qu'il s'agit d'un énorme fibrome ne paraissant nullement pédiculé; la cavité descend très bas : l'utérus n'est pas nettement distinct. Ligature et section des ligaments larges qui renferment d'énormes vaisseaux. Sur la face antérieure on taille un large lambeau péritonéal et on sépare la vessie qui est remontée très haut.

En arrière une portion de l'S iliaque est adhérente et doit être séparée. Le chirurgien ne peut cependant parvenir à pédiculiser la tumeur, qui, par son quart inférieur, plonge dans le petit bassin; il arrive pourtant à la désenclaver et reconnaît le col qui est allongé : il y place une ligature élastique sur broches et sépare la tumeur. L'espace cellulaire pelvien est alors fermé par une suture au catgut qui réunit les lambeaux péritonéaux; puis après lavage abondant, le pédicule est fixé à la paroi; 2 gros drains dans le pelvis. Sutures.

La malade succombe de septicémie le quatrième jour.

Examen de la tumeur. — Utérus très allongé, aplati, situé en avant; la cavité utérine est distincte de la poche principale; sur une hauteur de 5 centimètres, les deux cavités sont séparées par une épaisseur de 2 centimètres au moins de tissu. Le kyste forme une énorme poche avec quelques diverticulums, dont deux du volume du poing; ses parois sont épaisses, tomenteuses et ramollies à l'intérieur. La portion de la tumeur qui plongeait dans le bassin est un fibrome présentant quelques grandes géodes; il confine par une zone assez étendue à la cavité kystique.

OBSERVATION 7

TERRIER (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 15 mars 1881.)

Hystérectomie pour une tumeur fibro-sarcomateuse et kystique de l'utérus. Guérison.

Femme de 43 ans, toujours bien portante jusqu'au moment de l'apparition de sa tumeur, qu'on reconnaît liquide et adhérente à l'utérus.

L'opération fut assez facile, sauf quelques adhérences et l'ouverture accidentelle de la vessie fixée à la paroi antérieure de l'abdomen. Pour parer à cette accident opératoire, on fit une suture en surjet au fil de soie, qui obtura complètement la plaie vésicale et fut supportée sans le moindre accident.

La tumeur enlevée était constituée par la moitié environ de l'utérus hypertrophié et rempli de fibromes; moitié surmontée d'un kyste offrant les dimensions d'une tête d'adulte et renfermant 1 litre 1/2 de liquide séro-sanguinolent.

La partie restante de l'utérus servit à faire un pédicule qui fut fixé au dehors à l'aide de broches métalliques et serré par un fil de fer avec le ligateur de Cintrat.

Les suites opératoires furent très simples, la température n'atteignit pas 38° 5. Il y eut une notable accélération respiratoire, fait constant dans les opérations portant sur l'utérus et sur lequel on n'a pas assez insisté.

Le dix-neuvième jour le pédicule fut réséqué, l'anse métallique et les broches furent enlevées; enfin, la malade se leva le trentième jour. Lors de sa sortie de l'hôpital, c'est-à-dire cinquante jours après l'opération, la plaie du pédicule n'était pas entièrement fermée et le fil de la suture en surjet placée sur la vessie tenait encore.

L'examen micrographique de la tumeur, fait par M. Malassez au laboratoire du Collège de France, permit de s'assurer qu'on avait affaire, non à un fibrome kystique, mais à un sarcome fasciculé développé dans les parois utérines. Dans ce sarcome s'était produit un épanchement sanguin, d'où, l'apparition des pseudo-kystes signalés ci-dessus.

En résumé, cette *tumeur sarcomateuse et kystique* diffère profondément des tumeurs fibro-kystiques de l'utérus, non pas au point de vue clinique et opératoire, mais au point de vue anatomique et surtout pronostique.

OBSERVATION 8

BOUILLY (*Semaine Gynécologique*, 1898, N° 44.)

Volumineux fibrome kystique suppuré : hecticité; hystérectomie abdominale supra-vaginale avec ligature élastique perdue. Guérison complète.

M^{me} L. L..., 44 ans, a été soignée depuis 7 ans pour un fibrome utérin par l'électricité; elle a subi tous les ans un traitement électrique de 2 mois. Ce fibrome n'a jamais déterminé ni douleurs ni hémorrhagies : il n'a été cause au début que d'une certaine gêne abdominale : cette dame a eu deux grossesses il y a 18 et 20 ans et a accouché normalement. Il s'est produit une perte sanguine pour la première fois au moment des règles de juin et une deuxième au moment de celles de juillet (le 18); quelques temps auparavant, dans l'intervalle des pertes, un médecin en province a fait quelques séances d'électrisation intra-utérine à haute intensité et au moment de la perte de juillet, il a pratiqué un tamponnement vaginal qui a été laissé en place pendant 36 heures. Au moment de l'ablation de ce tamponnement, la malade a été prise d'une *fièvre assez violente* qui, depuis ce moment, ne l'a jamais quittée; la température régulièrement prise a été, à partir de ce moment, élevée à 39° le soir et 37° 7 ou 37° 9, le matin. Ce n'est qu'il y a une vingtaine de jours que la malade commença à souffrir du ventre et à s'apercevoir qu'il augmentait de volume; un peu inquiète, et sur le conseil de divers médecins, elle vint à Paris pour me consulter. Le 1^{er} octobre 1897, après avoir fait diverses courses en voiture, elle fut prise de

violentes douleurs abdominales, en même temps qu'il se faisait une augmentation du ventre, un développement de tympanisme et que l'état général devenait rapidement mauvais; le pouls prenait une fréquence extrême et arrivait à battre dans les 160 à 180, pouvant à peine être compté et perçu. Je suis appelé à voir la malade le 7 octobre au soir.

EXAMEN. — La malade est extrêmement amaigrie, d'une pâleur de cire, avec de l'œdème aux malléoles, à la partie interne des cuisses et à la grande lèvre droite; le pouls est petit, incomptable, d'une fréquence extraordinaire. Il n'y a pas de dyspnée, l'intelligence est parfaite; les douleurs sont très modérées. Depuis 7 jours, l'inappétence est absolue; la langue a une tendance à être sèche et vernissée; dans les temps qui précédaient, en dépit de la fièvre, la malade mangeait avec assez d'appétit.

Le ventre est extrêmement développé; il y a dans la région épigastrique et sus-ombilicale un tympanisme énorme qui arrive jusqu'à l'épigastre et tout le reste du ventre, les flancs, l'hypogastre sont distendus et paraissent absolument pleins. Toute la partie épigastrique présente une sonorité tympanique; il y a de la sonorité également dans le flanc droit et la fosse iliaque droite; tout le reste du ventre est mat. Dans toute la partie mate, il existe une fluctuation profonde, mal marquée, comme dans une poche très tendue; à la percussion par chiquenaude, il y a un frémissement ondulatoire moins marqué que dans l'ascite; l'ombilic n'est pas repoussé; la paroi abdominale est intacte, il n'y a qu'un peu d'œdème dans la région sus-pubienne. La malade urine facilement en petite quantité; il y a une constipation très marquée avec des matières dures dans le rectum. Depuis le début des accidents au 1^{er} octobre, la malade a eu chaque jour une piqûre de sérum de 300 à 400 grammes.

Il n'est pas douteux qu'il y a dans cet abdomen une abondante collection purulente, dont le siège exact est difficile à préciser; j'émetts l'hypothèse d'un *kyste de l'ovaire suppuré* sous l'influence de l'électricité et du tamponnement ou d'une vaste péritonie enkystée à pneumocoques. Je pense que le fibrome a bien pu simuler un kyste qui actuellement serait suppuré. En tout cas, l'indication est formelle de faire la laparotomie, et de se comporter suivant les circonstances.

LAPAROTOMIE (10 octobre 1897). — L'incision conduit dans un péritoine sain, et sur une énorme tumeur d'apparence charnue en bas, blanchâtre et cartilagineuse en haut, qui remplit tout l'abdomen. Il est facile de se convaincre de suite qu'il s'agit d'une énorme *tumeur fibreuse devenue kystique*. Une ponction avec aspiration donne issue à environ un litre 1/2 de pus grisâtre, horriblement fétide, d'odeur fécaloïde; l'écoulement s'arrête sans que la poche soit sensiblement réduite; le trocart est bouché par un bouchon fibrineux, imbibé de pus, il est retiré et la tumeur est un peu amenée hors du ventre. Pour cela il est nécessaire de détacher à sa partie antérieure et supérieure de larges adhérences épiploïques qui sont saisies, et immédiatement liées au catgut. Puis de suite, dans une manœuvre pourtant très modérée de traction, la poche se rompt largement hors du ventre, et la rupture donne lieu à une véritable inondation de pus fétide dont la quantité n'est pas moindre de 7 à 8 litres; il ne s'écoule un peu de pus dans le ventre qu'en avant, derrière le pubis où il est épongé,

lavé et touché au sublimé au 1/1000; le reste du ventre n'est pas souillé. La poche entière peut alors être amenée à l'extérieur, et il est facile de constater qu'elle est développée sur le fond de l'utérus qu'elle coiffe d'une énorme calotte et qui, au-dessus d'elle, a son volume normal.

Le seul parti à prendre est de faire l'hystérectomie abdominale : ligature et section des ligaments larges; décollement de la vessie par un lambeau péritonéal antérieur; isolement du corps utérin; application de deux tours d'un tube de caoutchouc plein au-dessus de l'insertion vaginale; section transversale du corps utérin; ablation de la muqueuse utérine au bistouri et thermo-cautérisation soignée, réduction du moignon saupoudré d'une légère couche d'iodoforme. Le cul-de-sac péritonéal antérieur où avait été répandu le pus est soigneusement essuyé et reçoit un drain placé derrière la symphyse; un autre gros drain est placé dans le cul-de-sac péritonéal postérieur derrière le moignon utérin. Le péritoine sécrète en grande abondance de la sérosité teintée par le sang et il me paraît dangereux de refermer le ventre sans drainage.

Suture de la paroi à deux étages, sauf au niveau des drains; un crin de Florence d'attente à ce niveau.

Toute l'opération qui s'est faite sans accident, a duré une heure, pansement compris. La malade a bien supporté le chloroforme, malgré la petitesse et la rapidité de son pouls.

SUITES. — Meilleures qu'on n'aurait pu l'espérer.

Jamais, malgré la gravité de son état au moment de l'opération, cette malade ne nous inspira de crainte.

L'œdème des membres inférieurs et des grandes lèvres disparut quelques jours après l'opération. Dès le lendemain, le pouls qui était à 140-160, presque incomptable, se ralentit pour tomber rapidement à 120 et à 100, puis à 92. Cette tachycardie était évidemment d'origine infectieuse. Il en fut de même d'une petite toux sèche qui durait depuis longtemps et disparut après l'opération.

L'état général devint rapidement bon.

Vers le seizième jour, il se produisit à l'avant-bras droit, près du pli du coude, une petite tuméfaction inflammatoire qui ressemblait à de la phlébite avec périphlébite au niveau d'une des veines radiales. Cette petite complication, qui ne s'accompagna même pas de fièvre, se termina par résolution.

La malade quitta la maison de santé en parfait état le 21 novembre pour se rendre dans le Midi; elle circulait depuis plus de 15 jours, et personne en la voyant n'aurait pu reconnaître la moribonde qu'elle était au moment de l'intervention.

L'examen bactériologique du pus, fait de suite après l'opération, démontre qu'il s'agit de *pus stérile* ne donnant lieu à aucune culture.

OBSERVATION 9

TERRILLON. — (*Acad. de Médecine*, 29 juin 1886.)

Fibrome kystique : hystérectomie.

X..., 46 ans, mère de deux enfants, le plus jeune ayant 20 ans; toujours bien réglée. Il y a 7 ans les règles devinrent douloureuses

en même temps que le ventre augmentait de volume; le développement fut d'abord lent, mais a pris *depuis 10 mois* une évolution plus rapide : menstruation régulière mais douloureuse.

EXAMEN. — On trouve au palper une tumeur volumineuse, arrondie, fluctuante, sans bosselures, remontant à 6 centimètres au-dessus de l'ombilic. Dans le flanc droit, séparée de la première par un sillon net, on distingue une autre tumeur plus résistante. L'utérus n'est pas entraîné dans les mouvements; sa cavité mesure 8 centimètres. Le diagnostic porté est : tumeur kystique d'origine ovarienne.

OPÉRATION. — On découvre une tumeur violacée, sans adhérences : ponction d'un litre de liquide citrin fluide. Extraction de la tumeur : les trompes et ovaires sont sains des deux côtés. Hystérectomie avec pédicule externe. Guérison.

EXAMEN DE LA TUMEUR. — Le néoplasme enlevé est composé de deux portions. L'une dure, du poids de 7 kilos, est insérée sur le bord droit de l'utérus par un gros pédicule; elle est constituée par de petits fibromyomes réunis dans une coque commune.

L'autre portion plus volumineuse s'est développée sur la face postéro-latérale; elle constitue une vaste poche dont les parois ont 2 centimètres d'épaisseur. A l'intérieur se trouvaient de très nombreux kystes à parois minces et lisses, formant une masse volumineuse. Le poids total est de 16 kilos, dont 3 de liquide.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Dans le liquide reposé on trouve quelques cellules cylindriques avec cils vibratils qu'on revoit dans les produits du râclage de la paroi du kyste. Des coupes pratiquées sur différents points de la tumeur montrent qu'il s'agit d'un *tissu fibre-musculaire*.

OBSERVATIONS 10, 11, 12

TERRILLON (*Bull. et Mém. Soc. Chirurgie* 1890.)

Trois cas de sarcome kystique.

10. — Femme de 56 ans, ayant commencé en 1886 à souffrir et à avoir des pertes abondantes; consulta alors le professeur Damascino, qui ne trouva qu'une lésion utérine à peine appréciable, qu'il dit être un fibrome au début.

Depuis 8 mois la tumeur a fait de rapides progrès et maintenant remonte jusque vers l'appendice xyphoïde; l'état général est médiocre, l'anémie extrême. Le néoplasme est bosselé, *solide par places, liquide en d'autres*, faisant corps avec l'utérus qui est repoussé en avant et gêne la miction. On porte le diagnostic de *sarcome utérin avec kystes* assez étendus.

Après laparotomie on tombe sur une masse énorme parcourue par de très grosses veines; la ponction en retire 5 litres de liquide noirâtre qui ressemble à du sang altéré. Le reste est solide et se trouve en grande partie inclus dans le ligament large; trois anses d'intestin et l'épiploon sont adhérents; sur tout le péritoine existe un semis de granulations inégales. On juge l'opération impraticable et on referme le ventre après ablation d'un fragment. Guérison opératoire. — Il s'agissait d'un *sarcome à petites cellules*.

11. — Femme d'un médecin, âgée de 52 ans, qui porte depuis 12 ans une tumeur fibreuse du fond de l'utérus ; il y a 18 mois l'évolution devint très rapide jusqu'à remplir l'abdomen (1 m. 50 de circonférence) ; on trouva dans la masse des parties nettement fluctuantes. Diagnostic : *fibrome avec kystes*. Laparotomie : on constate aussitôt que les parois de la cavité fluctuante présentent un épaississement et une vascularisation exagérée, et l'on a l'idée d'un sarcome ; la ponction donne 5 litres de liquide rougeâtre : *l'épiploon présente des noyaux sarcomateux* et adhère en plusieurs points ainsi que deux anses grêles. Après libération, hystérectomie à pédicule externe.

La partie solide enlevée pèse environ 12 kilos ; elle est composée de *tissu sarcomateux mélangé de noyaux fibromateux* ; en plusieurs points surtout vers la surface on distingue des petits kystes ou plutôt des foyers d'épanchement sanguin. Les parois de la grande cavité sont épaisses, très vasculaires, tomenteuses à leur face interne.

12. — 46 ans ; tumeur volumineuse formée aux dépens du fond de l'utérus avec trois grandes cavités, contenant chacune de un à trois litres de sang presque pur.

OBSERVATION 13

Pozzi (*Société de Chirurgie*, 20 juillet 1887.)

*Tumeur fibro-kystique de l'utérus ;
Variété spéciale (myome lymphangiectasique).*

Très grosse tumeur enlevée par l'hystérectomie abdominale pour des accidents hémorrhagiques considérables. Son volume dépasse celui d'une tête d'adulte. Elle est formée par l'hypertrophie considérable des parois utérines et par une tumeur mixte à la fois fibreuse et liquide. A la coupe on trouve entre la muqueuse et la musculieuse une grande cavité remplie de vésicules gélatineuses ressemblant au corps vitré qui font hernie et se crevent quand on incise la tumeur. Le liquide qui en sort est visqueux, fibrineux et se prend en masse. Ces vésicules évacuées, il ne reste plus qu'une série de lacunes contenant un stroma filamenteux, cloisonnant une grande cavité où proéminent plusieurs corps fibreux pédiculés.

L'examen histologique a été impossible par suite d'altérations de la pièce.

OBSERVATION 14

VITRAC (*Annales de Gynécologie*, janvier 1898.)

Fibrome polykystique malin de l'utérus.

M^{lle} F..., 34 ans, depuis l'âge de 12 ans toujours réglée régulièrement pendant 5 à 6 jours ; pas de grossesse. Il y a quatre ans elle

s'aperçut que son ventre augmentait de volume dans l'ensemble sans qu'il y eut ni douleurs ni troubles fonctionnels, ni modification des règles ou de l'état général ; le volume actuel existait déjà il y a un an.

EXAMEN. — Ventre arrondi, saillant en avant ; peau mobile sans vascularisation excessive. On trouve dans toute la région sous-ombilicale et plongeant dans l'excavation une tumeur à surface irrégulière, à *consistance mollasse, peut-être fluctuante*. Au toucher le col est très haut ; il participe obscurément aux mouvements imprimés à la tumeur ; l'hystérométrie n'a pas été pratiquée.

OPÉRATION (avril 1897). — Le ventre ouvert, on tombe sur une tumeur lisse, de coloration rouge violacé. Au voisinage du pubis on distingue une saillie du volume d'un gros poing, sur les côtés de laquelle s'insèrent les ligaments larges : c'est l'utérus. Séparée de celui-ci par un sillon, existe une deuxième masse plus volumineuse qui remonte jusque près de l'appendice xyphoïde. On essaie de séparer les deux tumeurs, mais en vain. En basculant en avant, on fait encore saillir du petit bassin une troisième masse de volume intermédiaire. Section des ligaments larges et du pédicule de toute la tumeur qui est constitué par le vagin. Drainage vaginal. Guérison sans incidents.

EXAMEN MACROSCOPIQUE. — Poids 8,850 ; coloration variant du rose foncé au rouge violacé ; surface lisse polie sans traces d'adhérences ; c'est la séreuse péritonéale. Consistance élastique partout fluctuante ou pseudo-fluctuante par endroits.

La tumeur est constituée par deux énormes masses : la première supérieure mesure 20 centimètres de haut sur 15 centimètres de large ; son pôle inférieur est séparé par un léger sillon de la seconde masse. Celle-ci est globuleuse, grosse comme une tête et remplit l'excavation : on y peut décrire un lobe antérieur rétro-pubien qui correspond à l'utérus, un lobe postérieur qui plonge dans le Douglas ; les annexes sont sains de chaque côté.

À la coupe, la tumeur principale est composée de tissu blanchâtre, formé de bandes irrégulièrement stratifiées et dans l'épaisseur duquel on voit des kystes à contenu d'aspect colloïde ; ailleurs on trouve des grappes de *petits appendices pédiculés*, de consistance mollasse, comme de petits fibro-lipomes ou bien nettement kystiques, tremblotants et d'aspect gélatineux.

La deuxième portion de la tumeur est constituée par toute une série de poches. L'une correspond à la cavité utérine et est remplie par un amas de *saillies végétantes*, d'un blanc rosé, molles au toucher, ne paraissant pas kystiques. Une autre poche, voisine de la précédente, renfermé de très dures *verrucosités d'aspect papillaire*, disséminées sur la paroi ; agglomérées en un point, elles y forment un bloc, du volume d'une noix. Une troisième poche du volume d'un œuf d'autruche, contient des noyaux blanc grisâtre, mollasses, ayant l'aspect de masses sarcomateuses. Une quatrième, enfin, est franchement kystique, à contenu clair, et sur les parois sont appendues des végétations finement pédiculées.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Sur une coupe de l'utérus, on voit que toute la muqueuse a disparu ; on ne trouve plus traces ni de l'épithélium, ni des glandes, ni même du chorion. Les éléments musculaires ont conservé leur fasciculation normale, les couches les plus profondes se sont laissé envahir par le tissu conjonctif déjà abondant dans leur voisinage ; les fibrilles sont dissociées par

du *tissu fibreux adulte* évidemment; les noyaux des cellules musculaires, petits, déformés, devenus triangulaires, paraissent comme enserrés dans autant d'anneaux conjonctifs. Au niveau de certains vaisseaux on remarque l'épaississement très considérable des tuniques moyenne et externe, et à l'adventice une néoformation conjonctive très intense, à tendance excentrique.

Dans diverses autres parties de la tumeur nous étudierons les vaisseaux, le tissu conjonctif, les kystes.

Tous les *vaisseaux* ont une paroi propre; ils sont remarquables par l'épaisseur de leurs parois, qui atteignent plus du double du rayon de la lumière. L'endothélium n'est le siège d'aucun travail de prolifération. On constate qu'il existe autour de chaque vaisseau un double foyer d'accroissement cellulaire; dans la tunique moyenne, c'est contre la lame élastique elle-même que sont disposés les nouveaux éléments conjonctifs qui, sur la coupe, apparaissent perpendiculaires à l'axe du vaisseau et aux couches concentriques qui forment les couches interne et externe. Ces cellules sont peu abondantes, quelquefois distantes les unes des autres, et alors sont munies de prolongements étoilés anastomosés entre eux. Dans la tunique externe, les cellules ont une disposition concentrique dans le voisinage de l'anneau fibreux périvasculaire, mais en s'éloignant du centre du vaisseau elles se redressent peu à peu et finissent par présenter une disposition radiée.

Le *tissu conjonctif* : les amas cellulaires contiennent deux sortes d'éléments : les uns sont des cellules conjonctives avec un noyau segmenté ou allongé, des granulations chromatiques abondantes et des prolongements protoplasmiques ramifiés ou anastomosés. Les autres cellules sont plus volumineuses, ont un noyau elliptique quelquefois élargi en son milieu; le plus souvent on trouve deux nucléoles. Au-delà du noyau on distingue une zone protoplasmique qui déborde ses deux extrémités, bien plus qu'elle n'entoure tout le noyau. Ce protoplasma s'effile sous forme de prolongements ramifiés; et enfin on voit pour les cellules les plus espacées, ces prolongements s'unir les uns aux autres, en sorte que les cellules s'anastomosent entre elles.

Ce dernier caractère, s'il est suffisant pour affirmer qu'on n'a pas affaire à des cellules musculaires, permet de dire que, en dehors de ce qui reste de l'utérus, il n'y avait point traces d'éléments musculaires, qu'ils fussent à l'état embryonnaire ou à l'état de développement parfait.

Les *formations kystiques* sont disséminées en grand nombre dans toute la tumeur. Les plus petites ne sont que des lacunes entre les masses assez serrées des cellules propres de la tumeur; les grandes existent où le tissu est plus lâche; autour d'elles c'est un réticulum fibrillaire ou du tissu myxomateux. Les unes et les autres ne sont pas tapissées par des cellules spéciales, ce sont probablement des espaces lymphatiques ou des kystes muqueux.

OBSERVATION 15

SCHWARTZ (*Revue de Chirurgie*, 1884, p. 287.)

Tumeur kystique implantée sur le fond de l'utérus.

Femme de 54 ans, ménopause il y a 2 ans. Vers la même époque apparition dans le côté droit, d'une tumeur qui s'est développée

progressivement. Depuis quelques mois, la malade a beaucoup maigri, est sujette à des troubles dyspeptiques, des sensations d'étouffement, etc.

EXAMEN. — Le ventre est arrondi, saillant en avant, les veines sous-cutanées sont très apparentes. La tumeur est lisse; matité dans toute l'étendue de l'abdomen et fluctuation nette. Les culs-de-sac sont libres, il n'y a pas de mobilité communiquée à l'utérus qui est en légère antéversion. Diagnostic : kyste de l'ovaire à grande loge.

Vu l'état précaire de la malade, on fait une *ponction* de 10 litres de liquide couleur chocolat légèrement filant. La santé s'améliore et trois semaines après on pratique la laparatomie.

OPÉRATION. — On découvre une poche kystique entièrement adhérente au péritoine pariétal, on en retire au trocart 15 litres de liquide couleur café noir. On décolle les adhérences à la paroi très résistantes en certains points.

On constate alors que la tumeur est composée de deux grands kystes séparés par une même cloison, et adhérents par leur face postérieure à l'intestin grêle et à l'épiploon. Après avoir isolé le néoplasme on tombe sur un pédicule gros comme le poignet qui n'est autre que le fond de l'utérus. Pédicule externe sur broches. Guérison.

La pièce enlevée est composée d'une grosse masse fibreuse insérée sur le fond de l'utérus et surmontée de deux grandes loges kystiques à parois épaisses, mais friables et peu résistantes.

OBSERVATION 16

MALHERBE (*Bull. Soc. Anat.*, 24 oct. 1890.)

Fibrome kystique de l'utérus. — Hystérectomie à pédicule externe.

Madame X..., 46 ans, n'a jamais fait de maladies sérieuses. Régée à 16 ans; à l'âge de 15 ans avortement, probablement provoqué. Depuis lors n'a jamais eu de grossesse.

Toute sa vie très bien réglée; environ tous les 20-21 jours. Il y a 10 ans, pendant trois ans, elle a eu des pertes sanguines, puis les pertes ont cessé. Depuis il ne s'est rien produit.

C'est après les pertes, c'est-à-dire il y a six ans, que l'augmentation de volume paraît avoir commencé. Le premier accident a été, il y a six semaines, une *poussée de péritonite* partielle et localisée, avec douleurs au creux épigastrique.

Tous les signes résultant de l'examen de la malade font porter le *diagnostic* de kyste uniloculaire de l'ovaire.

LAPAROTOMIE, le 13 février 1890. — La tumeur ponctionnée, il s'écoule un liquide brun rougeâtre; une autre ponction est nécessaire pour vider une autre poche. La quantité de liquide recueillie équivaut à près de 7 litres.

La tumeur est adhérente, au niveau de 3 ou 4 petits kystes de la grosseur d'une noix situés à la partie supérieure de la tumeur, avec le bord inférieur de l'épiploon. Résection d'environ 10 à 12 centimètres de cette partie de l'épiploon.

Basculée alors en avant, la tumeur se montre faisant corps avec l'utérus dont elle continue la paroi postérieure; elle est flanquée de chaque côté par les annexes.

Extirpation des annexes. La tumeur est alors pédiculisée; transfixion à l'aide d'une broche, ligature élastique et section; la cavité utérine se présente largement ouverte et un peu dilatée.

Toilette du péritoine, sutures de la paroi; le pédicule est fixé au dehors dans l'angle inférieur de l'incision.

Durée de l'opération : 45 minutes.

Guérisson sans incident.

EXAMEN DE LA TUMEUR. — Elle a l'aspect d'une grosse masse ovoïde à grand diamètre vertical, sans ligne de démarcation bien nette avec le corps utérin avec lequel elle se continue au niveau du fond : sa face postérieure est sur le même plan que la face correspondante de l'utérus; sa face antérieure au contraire proémine en avant et fait une énorme saillie.

La tumeur est assez dépressible dans ses deux tiers supérieurs. Son tiers inférieur au contraire donne la sensation de nodosités épaisses.

Au pôle supérieur proéminent quatre petits kystes; deux ont le volume d'une grosse noix, les deux autres celui d'une noisette. Un de ces derniers ayant une paroi extrêmement amincie adhère au grand épiploon et paraissait sur le point de se rompre.

A la section de la tumeur, on constate que la paroi antérieure est très inégale dans son épaisseur; mince dans sa moitié supérieure, elle est au contraire épaisse dans sa moitié inférieure où elle semble bourgeonner sous forme de masses volumineuses, dures faisant saillie dans l'intérieur : ce dernier aspect est encore plus accusé sur la face postérieure. Un doigt introduit dans l'intérieur de la tumeur et un autre dans la cavité utérine, sont séparés par une paroi mesurant environ un centimètre d'épaisseur.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (Morax). — La paroi du kyste est constituée par une couche externe fibreuse et peu vasculaire recouverte par le péritoine normal; une couche interne formée par les faisceaux conjonctifs et les fibres musculaires lisses en petite quantité; cette couche est très vasculaire; les capillaires y sont très distendus; au voisinage de la cavité on constate, en différents points, des ruptures vasculaires et de petits épanchements sanguins, nulle part on ne trouve d'éléments épithéliaux.

OBSERVATION 17

A. RAFFRAY. — (*Bulletin Société Anatomique*, janvier 1894.)

Fibromyome kystique. Hystérectomie supra-vaginale.

Femme de 49 ans. Antécédents héréditaires et personnels nuls. Grossesse il y a 20 ans, pas de suites de couches. La tumeur a débuté il y a 9 ans, s'est développée rapidement sans douleurs. La malade entre à la Pitié 18 mois après; on diagnostique un kyste de l'ovaire : ponction (3 litres 1/2 de liquide). Quelque temps après le liquide s'est reproduit. Depuis 7 ans, la malade porte sa tumeur sans douleurs ni fièvre, avec un état général satisfaisant.

Pas de métrorrhagies, règles régulières jusqu'en 1892, où elles ont cessé.

EXAMEN. — Abdomen volumineux, la tumeur remonte jusqu'à l'épigastre, est rénitente, mate à la percussion, mobile latéralement. Pas de fluctuation. Toucher vaginal négatif; les mouvements imprimés à la tumeur se transmettent mal au col utérin.

Diagnostic : kyste de l'ovaire.

OPÉRATION (16 décembre 1893). — L'abdomen ouvert, le kyste se présente avec une paroi blanchâtre, épaisse. Ponction qui donne 5 litres 1/2 de liquide noirâtre, hémétique. Quelques adhérences avec l'épiploon sont détachées assez facilement. On découvre ainsi un pédicule épais, charnu qui est formé par du tissu utérin. Application d'un fort clamp sur ce pédicule, section au thermocautère, puis suture élastique perdue. — Guérison.

EXAMEN DE LA TUMEUR. — Il s'agit non d'un kyste de l'ovaire, mais d'un très gros fibrome de l'utérus; en effet les trompes et ovaires sont parfaitement sains sur les côtés, et la lame musculaire de l'utérus, considérablement amincie, est refoulée jusqu'à la périphérie du kyste.

ÉTUDE HISTOLOGIQUE (Maccaigne). — La paroi du kyste comprend des couches superposées de tissu fibreux, en faisceaux coupés longitudinalement ou transversalement, englobant en divers points des faisceaux de fibres musculaires lisses en voie d'atrophie; à la face interne ces lames conjonctives prennent un aspect feuilleté. On distingue très nettement les coupes des vaisseaux utérins à paroi musculaire épaisse.

Dans un relief en bande faisant saillie dans la cavité on trouve du tissu fibreux parcouru de faisceaux musculaires entre-croisés, et présentant par places l'aspect typique du sarcome fasciculé. La surface du relief, c'est-à-dire la portion faisant partie de la surface interne du kyste, est formée de lamelles de tissu fibroïde prenant à peine la matière colorante; et dans l'intervalle des lamelles existent des traînées de cellules lymphatiques contenant des granulations à côté du noyau.

Dans l'épaisseur du relief existent des bandes épaisses fibroïdes, mal colorées, et montrant la forme des vaisseaux de gros calibre à paroi musculaire très épaisse, décolorée aussi. Le reste du tissu est composé des éléments du fibro-myôme au milieu desquels les vaisseaux de petit calibre présentent un certain degré d'inflammation.

Ces vaisseaux, dilatés ou non, ont leur endothélium refoulé dans leur lumière par des cellules lymphatiques. Celles-ci avec leur petit noyau central ou périphérique et leur protoplasma abondant, clair, forment tantôt un petit amas sur un ou deux rangs qui refoule seulement une partie de l'endothélium, tantôt elles sont en en couche continue de une ou deux rangées, constituant une couche intermédiaire entre la tunique interne et la tunique externe qui est fibroïde ou musculaire.

Le contenu de ce myome hémato-cystique se composait uniquement de globules sanguins et de fibrine plus ou moins dégénérée.

OBSERVATION 18

WASSEIGUE (*Bull. Acad. Roy. Belg.*, 1881, page 394.)

Tumeur kystique de l'utérus. — Laparotomie. — Guérison.

Femme de 38 ans ; réglée à 16 ans, toujours normalement. A eu cinq grossesses, la dernière s'est terminée en novembre 1879. Quatre mois plus tard, en février 1880, la malade s'est aperçue de l'existence, dans le ventre, d'une tumeur du volume du poing. Les règles reparaissent en mars, après le sevrage ; métrorrhagies pendant 25 jours en avril, pendant 8 jours en mai, depuis elles ont disparu.

A notre premier examen, le 5 août, l'état général est bon ; le ventre volumineux. Au palper on limite une tumeur remontant à 10 centimètres au-dessus de l'ombilic ; elle est formée de trois gros lobes bien distincts, qui donnent la sensation de poches pleines de liquide ; légère ascite, la main appliquée sur le ventre reçoit par moments des chocs analogues aux mouvements actifs du fœtus ; la malade dit aussi les sentir. La mobilisation imprimée à la tumeur abdominale se transmet au col, qui est ferme, dur, très élevé. Aucun bruit anormal à l'auscultation. Devant cette suppression des règles, cette augmentation du ventre, ces sensations de mouvements actifs, nous faisons des réserves sur la possibilité d'une grossesse dans un utérus fibromateux, et vu le bon état général, nous décidons de temporiser.

Nous revoyons la malade en novembre ; les règles sont réapparues en septembre, ont duré huit jours et reviennent régulièrement depuis ce moment. L'état de l'abdomen est à peu près analogue, mais l'état général est moins bon ; l'appétit est diminué, les forces disparaissent. Les mouvements autrefois perçus par la malade ne le sont plus depuis longtemps ; ils nous échappent à ce nouvel examen ; nous les attribuons, comme Tarnier et Chantreuil l'admettent, à des contractions de l'intestin.

OPÉRATION. — D'abord rejetée, elle est pratiquée le 22 janvier 1882 avec les méthodes antiseptiques.

A l'ouverture du ventre, il s'écoule un peu d'ascite ; on détache quelques adhérences de la tumeur à la paroi, puis on ponctionne une première poche, d'où on retire un liquide purulent, jaunâtre, épais ; d'une seconde poche sort du liquide gélatineux. On sépare encore quelques adhérences épiploïques et intestinales. La masse solide est fixée en arrière au bassin, en avant à la paroi postéro-latérale gauche de l'utérus qui n'est que légèrement augmenté de volume ; l'ovaire gauche paraît fibreux et hypertrophié. Le chirurgien place, après plusieurs tentatives difficiles, une anse de fil de fer sur l'utérus et fixe le pédicule à la partie inférieure de l'incision ; puis ne pouvant parvenir à énucléer la tumeur, il suture les bords de la poche à la plaie opératoire et place un drain dans la cavité : fermeture du ventre.

Après des suites opératoires inquiétantes, la malade guérit ; le 20 février, elle se levait et sortait de l'hôpital dans le cours du mois de mars.

OBSERVATION 19

LE BEC (*in* thèse Hyenne, page 154.)

Tumeur fibro-kystique. — Hystérectomie laparo-vaginale. — Mort par insuffisance du cœur.

M^{me} G..., 56 ans, a eu un seul enfant à 22 ans. Règles, toujours régulières jusqu'à l'âge de 40 ans, deviennent alors plus abondantes. Un médecin consulté reconnaît un fibrome et conseille d'attendre la ménopause qui arrive à 50 ans.

A 55 ans, les hémorrhagies réapparaissent très fortes, et le ventre se met à grossir rapidement.

EXAMEN. — L'abdomen est saillant en avant, distendu par une tumeur nettement molle, presque fluctuante, qui occupe les 2 fosses iliaques et remonte presque jusqu'à l'appendice xyphoïde. Mobilité transversale facile. Par le toucher, on ne sent point la tumeur. Hystérométrie, 15 centimètres. Etat général satisfaisant, rien dans les urines, rien au cœur.

Diagnostic : tumeur fibreuse avec un grand kyste.

OPÉRATION (3 février 1892). — La tumeur très fluctuante est ponctionnée inutilement. Extraction facile.

La malade est morte 7 jours après l'opération, avec des symptômes d'affaiblissement progressif et une oppression coïncidant avec un souffle mitral; les contractions du cœur sont faibles et irrégulières.

EXAMEN DE LA TUMEUR. — Elle pèse près de 10 kilogrammes. La cavité utérine mesure 18 centimètres de profondeur, la muqueuse est rouge. Le néoplasme est constitué par un fibrome renfermant plusieurs gros kystes pleins, les uns d'une substance épaisse, jaunâtre, colloïde, les autres, de caillots ou d'un liquide séro-sanguin. L'enveloppe est charnue élastique, épaisse d'un centimètre; les cloisons sont friables.

OBSERVATION 20

LE BEC (*in* thèse Hyenne, observation 39.)

Tumeur fibro-kystique. — Hystérectomie laparo-vaginale. — Mort par affaiblissement cardiaque.

M^{me} L..., de bonne santé habituelle, réglée à 14 ans, pas d'enfants. En janvier 1893, elle ressent dans le bas-ventre quelques douleurs qui surviennent par crises et durent plusieurs jours; en mars la malade constate elle-même la présence d'une tumeur qui grossit rapidement, de douleurs presque continuelles; pas de métrorrhagies ni de leucorrhée. Quelques phénomènes de compression, œdème des jambes, constipation, pollakiurie intermittente. Bon état général.

EXAMEN. — Tumeur volumineuse remontant, sur la ligne médiane et à gauche, jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic,

à droite jusque sous les fausses côtes, de consistance ferme, très mobile, un peu douloureuse. Au toucher, le col est petit, très remonté; le cul-de-sac antérieur est rempli par la tumeur.

OPÉRATION. — Le ventre ouvert, on aperçoit une tumeur rosée; sillonnée de nombreuses veines, molle, presque fluctuante. Ce caractère n'avait pu être apprécié avant l'opération en raison de l'épaisseur des parois abdominales. L'ablation est assez pénible, l'opération dure près de 2 heures.

Après l'opération, le pouls est très petit, presque imperceptible. Injection de caféine. Les jours suivants, la malade se sent bien; pas de douleur dans le ventre, pas de ballonnement; urines normales; température oscillant entre 36°5 et 37°. La faiblesse est très grande, les battements du cœur sont à peine perceptibles au toucher et à l'auscultation.

Mort, 5 jours après l'opération.

La tumeur présente à sa partie supérieure une cavité kystique du volume du poing, remplie d'un liquide jaune citrin; les parois de cette cavité sont irrégulières, comme déchiquetées. Le reste de la surface de section de fibromyôme montre des parties tout infiltrées par un liquide qui, dans certains points, ramollit seulement le tissu et lui donne un aspect colloïde, et qui en d'autres endroits creuse des petites géodes.

OBSERVATION 21

BOUILLY (*Semaine Gynécologique*, 1898, N° 30.)

Tumeur kystique pédiculée sur l'utérus et végétations papillaires de l'ombilic. — Ablation (1887). — Récidive (?) après un an.

Femme de 50 ans, toujours bien portante, ménopausée depuis deux ans, n'ayant pas eu d'enfant, portait dans le ventre depuis plusieurs années une tumeur dure qui s'accrut rapidement. Je trouvai une volumineuse tumeur remontant jusqu'à l'épigastre, plus haute que large, vaguement fluctuante, paraissant indépendante de l'utérus qui ne semblait pas augmenté de volume, mobile latéralement, peu douloureuse. Il existait en même temps un volumineux papillome de la région ombilicale, avec quelques petites végétations d'apparence papillaire au voisinage de la cicatrice. La paroi abdominale sous-jacente paraissait saine dans la profondeur. Je pensai qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire à parois épaissies, et je n'établis aucune relation entre la tumeur abdominale et le papillome pariétal que je considérais comme une coïncidence.

En faisant l'incision cutanée de la laparotomie, j'enlevai largement la tumeur papillaire et toute la peau de la région sur laquelle elle reposait. L'ouverture du ventre me conduisit sur une volumineuse tumeur d'apparence charnue, beaucoup plus solide que liquide. Le trocart dut traverser environ un centimètre et demi de tissu ferme et résistant avant d'atteindre une collection d'environ 4 litres de liquide citrin légèrement visqueux. Cette collection évacuée, la tumeur encore volumineuse, charnue, fut amenée à

l'extérieur et facilement reconnue pour un volumineux fibrome inséré sur le bord droit de l'utérus auquel il était rattaché par un pédicule long de 2 centimètres environ, et de la grosseur d'un doigt : l'ablation en fut facile après ligature à la soie du pédicule. Trois autres fibromes pédiculés de la grosseur d'une mandarine à celle d'un œuf de pigeon furent enlevés du bord et du fond de l'utérus. Les ovaires et les trompes parurent en bon état, et furent laissés en place. La guérison se fit sans aucun incident et d'une façon rapide.

Un an après, j'étais rappelé auprès de cette malade ; elle portait un ascite considérable, des masses volumineuses mamelonnées, disséminées dans l'abdomen, et avait considérablement maigri et changé. Deux ou trois ponctions furent pratiquées à intervalle de quelques mois pour satisfaire la malade, et ramenèrent toujours un liquide sanguinolent ; la mort arriva huit mois plus tard dans la cachexie la plus profonde.

Je n'accuse en rien les fibromes d'avoir donné lieu à cette généralisation abdominale maligne : je crois qu'il s'est développé dans l'abdomen des tumeurs végétantes dont j'ignore le point de départ ; mais je ne puis me défendre de l'idée que les tumeurs d'apparence papillaire de la région ombilicale étaient déjà malignes, et n'ont pas été sans rapport avec les productions néoplasiques abdominales. Je rapporte ce fait sans y insister.

OBSERVATION 22

PERRET (*Lyon médical*, juillet 1898.)

Cysto-fibrome de l'utérus.

M^{me} R..., âgée de 50 ans, bien réglée de 15 à 36 ans pendant huit jours. Un accouchement à terme à 29 ans. A partir de 36 ans périodes de ménorrhagies et de métrorrhagies avec caillots et, par contre, à deux reprises, aménorrhée pendant sept à huit mois ces deux années dernières. Le ventre a commencé à grossir il y a quatre ans. Depuis cinq mois l'accroissement a été beaucoup plus rapide. Constipation et pollakiurie sans dysurie.

EXAMEN.— L'abdomen est très volumineux, matité partout, sauf tout à fait dans les flancs où la sonorité est assez franche. *Sensation de flot* extraordinairement nette. Au toucher col petit, mou, légèrement entr'ouvert. On sent un petit polype inséré à l'orifice. Utérus fixé et remonté. Sous anesthésie, la paroi abdominale se détend et l'on sent vers le milieu de la ligne ombilico-pubienne une tumeur dure.

OPÉRATION. (Laroyenne, 18 mai 1898).— 500 grammes d'ascite environ. Tumeur qui paraît solide ; la ponction ne laisse rien écouler. En agrandissant l'incision, on découvre une zone fluctuante ; deuxième ponction qui donne un liquide séreux, jaune citrin, fluide, très abondant, au moins 15 litres. Extraction du kyste évacué et de la tumeur solide ; ligature élastique le plus bas possible sur l'utérus. Ligature des ligaments larges, ablation des annexes et clivage du fibrome. On fixe le pédicule à la paroi par

quatre points séparés. Cautérisation du pédicule à la solution phéniquée forte. Mèche dans le Douglas et dans le cul-de-sac vésico-utérin. Suture continue de la paroi à trois étages. L'opération a duré 25 minutes. La femme perd du sang par le vagin ; lavage et mèche dans la cavité du pédicule utérin.

La malade meurt au troisième jour, après avoir eu le premier jour une hémorrhagie considérable par le vagin.

EXAMEN MACROSCOPIQUE. — La pièce se compose de deux parties distinctes, la tumeur solide et le kyste, pesant ensemble 2 kg. 450 après macération ; les trompes et les ovaires n'offrent rien de particulier.

L'utérus est hypertrophié dans toutes ses parties (20 centimètres de haut, 18 de large et 15 d'épaisseur). Il renferme des fibromes, au nombre d'une douzaine environ, de volume très variable, qui à la coupe ont un aspect œdémateux, très riche en liquide ; celui-ci est contenu dans un très grand nombre de fentes qui rappellent les fentes lymphatiques de l'utérus, mais distendues.

Le kyste, de volume considérable, siège à la partie supérieure de l'utérus. Il renfermait 15 litres au moins de liquide citrin, clair, donnant un trouble par la chaleur et les acides. Il est uniloculaire, mais présente intérieurement des cloisons incomplètes, indice de l'existence antérieure de plusieurs poches. Étalaé il mesure encore 32 centimètres de haut sur 35 de large. Sa face péritonéale est pâle, lisse dans la plus grande partie de son étendue ; mais en certains points, elle montre un dépoli, témoin d'une irritation inflammatoire. Du côté de la cavité, la surface présente une grande quantité de petites irrégularités. La paroi présente, dans sa plus grande étendue, une très faible épaisseur, de 3 à 4 millimètres au plus, tandis que près de la tumeur elle mesure un demi-centimètre environ.

EXAMEN MICROSCOPIQUE *de la paroi de la poche* (FABRE).

Le péritoine n'est pas continu et présente en certains points un épaissement. Du côté du kyste, il n'y a pas trace d'un revêtement épithélial : le tissu du fibrome limite la cavité. Ce tissu est altéré, il se colore mal par les réactifs, il ne présente pas de prolifération. Les vaisseaux montrent une paroi épaisse et scléreuse. — Dans l'utérus les mêmes caractères se retrouvent, les fentes lymphatiques sont dilatées, mais en aucun point on ne trouve de production kystique se rapprochant, même de loin, du volume du kyste.

En résumé, on peut dire que ce kyste s'est développé dans un utérus fibromateux, probablement sous l'influence de troubles de la circulation.

OBSERVATION 23

VAUTRIN (*Soc. Méd. de Nancy*, 9 mars 1897.)

Tumeur fibreuse kystique.

Hystérectomie abdominale totale chez malade cachectique : teinte jaune paille avec albuminurie légère.

A l'incision de la tumeur, il s'écoule une quantité considérable

de liquide contenu dans des géodes nombreuses ; au centre du fibrome, on trouve une cavité kystique du volume d'une tête de fœtus, et autour de cette cavité une masse mucoïde représentée par des alvéoles nombreux formés par les anciennes travées fibreuses de la tumeur, qui sont distendues, refoulées et dégénérées au point qu'elles tombent en déliquium. Il s'agit d'une dégénérescence qui allait aboutir à la formation d'une immense loge kystique ; elle intéresse aussi la partie corticale qui se trouve minée, tunnelisée par des espaces qu'un liquide d'infiltration distendait.

Il s'agit très probablement d'un fibrome en voie de dégénérescence mucoïde. L'altération de l'état général pouvait faire supposer qu'il s'agissait d'une tumeur maligne.

OBSERVATION 24

BOUILLY (*Semaine Gynécologique*, 1898, N° 4.)

Volumineux fibrome kystique suppuré de l'utérus, hystérectomie abdominale supra-vaginale ; mort par septicémie lente.

M^{me} M..., âgée de 54 ans, m'est adressée par le professeur Bleynie, de Limoges, pour une très volumineuse tumeur abdominale que la malade se connaît depuis 12 ans environ, et qui a considérablement grossi depuis 6 à 8 mois ; M^{me} M... a eu deux grossesses, n'a jamais fait de maladie, n'est nullement malade actuellement, mais seulement très gênée par le volume toujours croissant de sa tumeur. Celle-ci est énorme, remonte jusqu'à l'épigastre, emplit la fosse iliaque et fait bomber en avant le ventre qui retombe sur le pubis et la partie supérieure des cuisses. Elle est ferme, très tendue, vaguement fluctuante, recouverte par une paroi abdominale très grasse et très ferme. Le D^r Bleynie pense qu'il s'agit d'un fibrome, peut-être kystique ; j'ai tendance à croire qu'il s'agit d'un vieux kyste de l'ovaire à parois épaisses. L'utérus est haut situé et ne subit aucun déplacement par les très légers mouvements qu'on peut imprimer à la tumeur. Il n'y a aucun doute sur la nécessité de l'ablation de cette énorme tumeur par la laparotomie.

OPÉRATION (le 22 juillet 1897). — Enorme fibrome développé sur le fond de l'utérus ; d'aspect rougeâtre, charnu tout à fait caractéristique, qui se continue à plein tissu avec le fond de l'utérus augmenté environ d'un tiers de son volume. Le fibrome est harponné avec le tire-bouchon et facilement amené à l'extérieur ; les ligaments larges sont coupés dans leur portion supérieure après ligature, et un lien élastique est placé sur le corps utérin, après section transversale du péritoine et décollement facile de la vessie ; le lien de caoutchouc se trouve placé sur la portion supra-vaginale du corps utérin en un point où il n'est guère plus gros que le pouce. Après ablation de la tumeur, ce pédicule est réduit dans l'abdomen après excision de la muqueuse utérine, thermo-cautérisation et suture au catgut des deux lèvres de la section utérine.

EXAMEN DE LA TUMEUR. — Enorme cavité contenant un pus épais, verdâtre, bien lié, sans aucune odeur et dont la quantité est de 7 litres. La paroi qui renferme le liquide a l'apparence du tissu utérin,

fibromateux ; elle est épaisse de 3 à 4 centimètres, assez épaisse pour que le tire-bouchon ait pu se ficher dans son tissu sans pénétrer dans la cavité purulente. A la partie inférieure, le tissu de la tumeur fibreuse se continue avec le tissu du fond de l'utérus, sans ligne de démarcation apparente.

SUITES OPÉRATOIRES. — Dès les premiers jours qui suivirent, malgré la conservation d'un état général excellent, sans douleur de ventre, sans réaction péritonéale, sans altération des traits, la température monte à 38° 5 le soir, pour ne plus jamais revenir à la normale.

A partir du 2 août, 10 jours après l'opération, tout le corps est couvert d'une éruption acnéiforme, presque confluyente.

Le 6, on constate et on incise un abcès sous-cutané diffus de la fesse droite.

Le 7 apparaissent des furoncles en diverses régions des fesses et du dos ; les jours suivants, la température augmente, le pouls devient très fréquent à 120 en moyenne, et l'auscultation fait constater un souffle cardiaque systolique. En outre, il existe depuis quelques jours déjà une diarrhée fétide et abondante.

Le 12, il se produit un nouvel abcès de la fesse, avec apparence d'anthrax et gangrène du tissu cellulaire ; le 14, on constate un autre abcès volumineux au niveau du grand trochanter droit et un autre de la largeur de la main dans la fosse sous-épineuse droite. Ces abcès ont une apparence absolument spéciale ; la peau n'est pas soulevée, elle ne fait aucun relief ; mais, rouge sombre, violacée, elle se perce rapidement de nombreux pertuis donnant issue à des bourbillons.

La plupart des boutons acnéiformes développés sur la peau deviennent autant de petits furoncles.

De nouveaux abcès se produisent dans la région deltoïdienne droite et inter-scapulaire, et en dépit des bains froids, des injections de sérum, des pansements antiseptiques, des toniques de tout ordre, la malade succomba lentement sans agonie, le 4 septembre, près de 6 semaines après l'opération.

L'examen bactériologique du pus retiré du fibrome démontra que ce pus était stérile et ne donnait lieu à aucune espèce de culture.

Le pus retiré des abcès renfermait le streptocoque en quantité considérable.

OBSERVATION 25

BOULLY (*in* thèse Demantké, Paris 1897 ; obs. 20.)

Volumineux fibrome kystique ; poussées péritonéales récidivantes. Hystérectomie abdominale supra-vaginale avec ligature élastique perdue. Guérison.

M^{me} W..., 52 ans. Je suis appelé près de cette malade par le docteur Hutinel, qui la soigne depuis longtemps ; elle est atteinte d'un énorme fibrome existant depuis 15 à 20 ans, ayant subi toute espèce de traitements et ayant considérablement augmenté dans ces dernières années et surtout dans ces derniers mois. En effet, la

tumeur est devenue kystique et fluctuante dans sa partie supérieure; elle remplit tout l'abdomen et arrive jusqu'à l'épigastre. Depuis lors, M^{me} W... est tout à fait malade, atteinte de péritonite subaiguë, avec vomissements, fièvre, dénutrition générale et production très appréciable d'une certaine quantité d'ascite. Je suis appelé à voir cette malade au moment d'une nouvelle poussée péritonéale, et malgré la gravité de l'opération, je n'hésite pas à conseiller une intervention immédiate comme l'unique chance de salut. C'est également l'avis de M. Hutinel.

LAPAROTOMIE (le 28 mars 1895). — Malgré le volume énorme de la tumeur et après évacuation d'une certaine quantité de liquide par un gros trocart, l'opération est simple. Le pédicule représenté par le corps utérin est lié avec un gros fil de caoutchouc, comme à l'habitude, et réduit dans l'abdomen. On évacue ainsi 4 à 5 litres d'ascite avec des flocons fibrineux.

Pas de drainage.

Les suites furent compliquées par la production d'une véritable hydropéritonée, qui se prolongea longtemps et me fit croire, au début, à la production d'une fistule vésicale.

Ce fait est rapporté dans la communication de M. Monod, sur l'*hydropéritonée*. (Congrès de Chirurgie, 1896.)

Après diverses péripéties, cette malade fut complètement guérie, au point qu'un an après son opération elle pouvait faire de la bicyclette avec ardeur.

Le fibrome contenait environ 3 litres de liquide sirupeux et la portion solide pesait 6 kilos 250 grammes.

OBSERVATION 26

FRASER (*British medical Journal*, 4 avril 1896.)

Fibrome kystique de l'utérus. Ponctions successives; suppuration, péritonite, rupture du kyste. — Autopsie.

Femme de 67 ans, décédée le 30 mai 1895. A 42 ans, avortement et pelvipéritonite consécutive; à 52 ans nouvel avortement suivi d'hémorrhagie. Cinq ans après, elle remarque que son ventre grossit, la menstruation restant toujours régulière. Le médecin consulté reconnaît une tumeur fibreuse et institue un traitement par l'ergotine, qui amène une diminution notable dans le volume. L'état reste stationnaire pendant trois ans; la ménopause survient à 60 ans. Quelque temps après le développement de l'abdomen devient rapidement excessif. Nous la voyons pour la première fois en octobre 1887 et nous retirons par une ponction 18 pintes de sang altéré. La santé se rétablit. Trois ans et demi plus tard (mai 1891), une nouvelle ponction devient nécessaire et donne 19 litres de liquide rougeâtre avec dépôt abondant: on y trouve des globules sanguins et graisseux, des granulations pigmentaires. En septembre 1891, troisième ponction suivie d'accidents péritonitiques assez accentués; en janvier 1892, quatrième ponction de liquide purulent où l'on découvre des microcoques peu nombreux. De cette époque à mai 1895, on fait à des intervalles de plus en plus

rapprochés jusqu'à 18 ponctions qui ramènent toujours de la sérosité purulente, la quantité étant de moins en moins considérable. La santé et l'état général allaient s'améliorant, quand, à la fin de mai 1895, survint brusquement une attaque de septicémie aiguë que nous attribuons à la rupture du kyste, et qui emporte la malade en 4 jours.

AUTOPSIE. — La tumeur est composée dans sa presque totalité par un kyste uniloculaire qui occupe une partie considérable de la cavité abdominale : à la base on trouve une masse solide, mais molle, qui s'insère sur le fond de la matrice par un pédicule étroit. Les annexes des deux côtés sont nettement distincts sur les côtés de l'utérus. De fortes adhérences, en quelques points de consistance cartilagineuse, unissent la portion kystique à la paroi, à l'épiploon, aux intestins. Le kyste contient 30 onces de liquide brun foncé; ses parois sont très amincies, et à la partie supérieure on trouve une petite perforation de la grandeur d'une pièce de 6 pences. La cavité péritonéale contient du liquide analogue à celui du kyste.

OBSERVATION 27

POLLOSSON (*Lyon médical*, 1893, p. 117.)

Tumeur fibro-kystique de l'utérus.
Hystérectomie. — Entéroraphie. — Guérison.

Malade âgée de 45 ans; a eu trois enfants et a toujours été bien réglée. Le ventre grossit depuis 6 ans; il y a deux ans une ponction a retiré 16 litres de liquide.

EXAMEN. — Le ventre est énorme; en un point on sent des masses solides. Le diagnostic porté est celui de kyste de l'ovaire.

LAPAROTOMIE (23 mars 1893). — Tumeur solide : à sa partie médiane est implanté un kyste contenant 3 à 4 litres de liquide. Dans le flanc gauche est une autre poche qui se rompt pendant l'opération : elle contient environ 15 litres. Des adhérences épiploïques sont sectionnées après ligature à la soie; d'autres intestinales sont décollées, mais une anse ayant été perforée on la résèque et on fait l'entéroraphie circulaire. La masse solide est implantée sur le fond de l'utérus au moyen d'un pédicule de 6 à 7 centimètres; on le fixe à la paroi. Guérison.

La partie solide, d'aspect fibromateux, pèse 8 kilos.

OBSERVATION 28

TERRIER (*Soc. Chirurgie*, nov. 1884.)

Tumeur fibro-kystique de l'utérus. — Hystérectomie.

Femme de 45 ans; jamais de maladie grave; une seule grossesse à 17 ans. Depuis une douzaine d'années se plaint de crises

douloureuses, comparables à celles d'un accouchement, et survenant soit dans l'intervalle des règles, soit surtout pendant leur durée. Ce n'est que depuis 5 à 6 ans que la malade s'est trouvé dans la fosse iliaque une tumeur du volume d'une noix, qui grossit assez vite et donna lieu à de violentes douleurs, et même à quelques légères crises péritoniques. A trois reprises elle est entrée dans le service de Péan, qui refusa de l'opérer à cause de l'état général.

EXAMEN. — Ventre volumineux (114 centimètres de circonférence ombilicale), asymétrique, offrant une bosselure au niveau du flanc gauche; une autre plus volumineuse à droite de l'ombilic; une troisième plus petite dans l'hypocondre droit. Peau distendue, sans œdème, avec réseau veineux assez développé dans la région inférieure. Matité dans la plus grande étendue de l'abdomen, limitée supérieurement par un contour irrégulier formé de plusieurs arcs convexes en haut.

Le palper indique une tumeur formée de plusieurs lobes volumineux, résistants, le plus gros ayant le volume de deux poings. Sensation de flot dans toute l'étendue de la tumeur, mais moins nette dans la portion droite. Au toucher, le vagin est rempli par une tumeur volumineuse, arrondie, élastique; l'utérus est remonté derrière le pubis, attiré en quelque sorte en haut et en avant. L'état général est assez bon et les troubles produits par la tumeur se bornent à une constipation assez fréquente et en irrégularité dans la miction qui est tantôt facile, tantôt devient difficile et rare.

Le 7 novembre 1883, on fait sur la ligne médiane, immédiatement au-dessous de l'ombilic, une ponction exploratrice qui permet d'évacuer 2 litres 1/2 d'un liquide citrin rougeâtre, contenant surtout les éléments du sang.

OPÉRATION (17 novembre). — La tumeur apparaît très lobulée. Une cavité kystique est ponctionnée et on retire ainsi environ 3 litres de liquide séro-sanguinolent. La tumeur présente des adhérences à la paroi abdominale (on les détache avec le doigt) et d'autres beaucoup plus intimes en arrière et vers le bassin.

On ponctionne encore au pôle supérieur une poche à parois minces pouvant contenir 1 litre 1/2 de liquide citrin. On constate alors que le néoplasme a repoussé en haut le péritoine pelvien, et qu'il arrive ainsi jusqu'au contact du colon ascendant et de l'intestin grêle. Le chirurgien déchire alors avec les doigts la lame péritonéale qui recouvre la tumeur et sépare peu à peu celle-ci de ses adhérences, tout en prenant de grands soins pour l'hémostase. Il arrive enfin à extraire toute la production qui est sessile sur l'utérus fibreux et hypertrophié. Il faut donc enlever cet organe et l'on a recours au procédé classique, le passage de deux gros trocarts jouant le rôle de broches disposées en croix et l'application de deux anses métalliques serrées avec l'appareil de Cintrat.

En séparant la tumeur, on découvrit la section béante d'un vaisseau qu'on crut être l'uretère droit, et dont on fixa le bout supérieur à la paroi. Toilette minutieuse du péritoine et suture de la paroi.

EXAMEN DE LA TUMEUR. — La masse enlevée est formée de deux parties : une latérale droite constituée surtout par le corps hypertrophié de l'utérus; l'autre latérale gauche renfermant une portion polykystique. La masse droite offre sur sa partie

latérale gauche une surface de section comprenant le col et le bord gauche de l'utérus, et qui correspond au pédicule. L'utérus, long de 13 centimètres et large de 15, présente une cavité ayant 10 centimètres de longueur. A son bord supérieur se trouve la trompe dilatée et hypertrophiée : c'est le vaisseau qui a été sectionné pendant l'opération et regardé comme pouvant être l'uretère ; du reste l'examen microscopique (Doyen fils) d'une petite portion réséquée au bout supérieur confirma cette manière de voir.

La masse polykystique adhère à toute la paroi postérieure et latérale gauche de l'utérus. Elle est surtout formée par trois kystes : un kyste supérieur à parois très minces, ponctionné pendant l'intervention et qui a donné issue à un liquide séreux ; un kyste moyen, volumineux, ayant les dimensions d'une tête d'adulte, à surface interne rugueuse, villeuse, offrant des prolongements papillaires longs de quelques centimètres et à parois très épaisses, renfermant de volumineux sinus veineux ; ce kyste, très adhérent à la paroi postérieure de l'utérus, a aussi été ponctionné. Enfin en dehors de lui existe encore un autre kyste présentant des cloisons incomplètes et renfermant un liquide filant, jaunâtre ; les parois de cette poche sont minces et infiltrées de sels calcaires. D'autres masses kystiques, plus petites, renfermant du liquide gélatineux, sont interposées entre ces trois kystes principaux. La tumeur enlevée pesait 2840 grammes ; de plus on a évacué environ 3 litres 1/2 de liquide.

En résumé on avait affaire, très probablement, à une tumeur fibro-kystique de l'utérus.

SUITES OPÉRATOIRES. — Elles furent d'abord simples, mais à partir du quinzième jour survinrent des accidents fébriles (40° au vingt et unième jour), des douleurs de ventre, des vomissements. Bientôt il s'écoule par la plaie du pédicule de l'urine mélangée de pus. Quinze jours plus tard sont éliminées des masses grisâtres de tissu cellulaire sphacélé et imprégné de pus ; il s'agit probablement de tissu cellulaire périvésical, peut-être même de portion de vessie ; cependant une injection de lait par l'urèthre ne revient pas par la plaie.

Deux mois plus tard on constate dans le flanc droit, du côté du rein, une tuméfaction profonde et douloureuse ; par la pression en cette région on fait sourdre du pus au niveau du pédicule utérin. Après bien des essais on place un drain qui pénètre à 25 centimètres ; dès ce jour la température tombe ; la suppuration, très diminuée à la suite d'injections antiseptiques, persiste néanmoins encore, mais très peu abondante. L'état général est excellent.

OBSERVATION 29

BOUILLY (in thèse Demantké, Paris, 1897 ; obs. 4.)

Fibrome kystique rompu ; épanchement énorme dans la cavité péritonéale ; hystérectomie abdominale : guérison.

M^{me} T..., âgée de 46 ans, entrée à Cochin, le 26 août 1892, est une femme solide, bien constituée, ayant eu deux grossesses ; elle a commencé à constater une augmentation de volume de son ventre,

il y a 2 ans, en même temps qu'elle éprouvait quelques légères douleurs. Mais c'est surtout depuis un an que le volume du ventre est devenu considérable. Actuellement, il est énorme; au niveau de l'ombilic, la circonférence = 1 m. 40; du pubis à l'ombilic la distance = 0,40; de l'ombilic à l'appendice xyphoïde elle atteint 0,36. Le ventre très volumineux est étalé au niveau des flancs, en ventre de batracien; la matière et la fluctuation sont très appréciables; on reconnaît facilement une volumineuse ascite avec une tumeur sous-jacente. La cicatrice ombilicale est distendue par le liquide; la paroi abdominale est infiltrée et présente de l'œdème et de grosses varices lymphatiques.

LAPAROTOMIE (4 mai 1892). — L'incision du péritoine laisse écouler environ 10 litres de sérosité rougeâtre; ce liquide évacué, on a sous les yeux une poche du volume environ d'une grosse tête de fœtus, faisant partie d'un gros fibrome sous-jacent; sur la partie gauche de la poche existe une déchirure ancienne de 7 à 8 centimètres de long en forme de fente; dans cette poche on trouve le même liquide que dans le péritoine. La partie solide fibromateuse sous-jacente à la poche est du volume environ d'une tête d'adulte; elle est largement implantée sur la face antérieure et sur le fond de l'utérus. L'hystérectomie supra-vaginale, après ligature élastique, est pratiquée; on enlève en même temps les annexes des deux côtés; la trompe droite présente un hydro-salpinx du volume d'une mandarine.

Le pédicule mince, représenté par la portion sus-vaginale du col est réduit dans l'abdomen, muni de son lien élastique.

Les suites opératoires sont très simples. Dans les premiers jours de juin, un écoulement purulent assez abondant se fait par le vagin, sans aucun malaise ni douleur; la malade sort de l'hôpital le 25 juin et revient nous trouver trois semaines après, nous apportant le tube de caoutchouc qui est sorti du vagin, le 14 juillet, dans le liquide d'une injection.

OBSERVATION 30

BARABAN ET VAUTRIN. (*Ann. de Gynécologie*, déc. 1898.)

Tumeur fibro-kystique du col utérin d'origine congénitale.

M^{me} M..., âgée de 53 ans, est adressée à l'un de nous en mai 1898, pour une tumeur du col utérin, donnant lieu à des hémorrhagies fréquentes. Passé pathologique nul. Mariée depuis l'âge de 20 ans, elle n'a jamais eu d'enfants, et la menstruation a toujours été bien régulière depuis l'âge de 14 ans. La ménopause s'est accomplie, il y a trois ans, sans difficulté; mais depuis 18 mois environ, il existe un écoulement sanieux et fétide, qui, dans les derniers temps, est devenu sanguinolent. De véritables hémorrhagies se sont montrées depuis un mois.

A l'examen au spéculum, on constate dans le vagin une tumeur piriforme de 10 centimètres environ, à pointe descendant jusqu'à la vulve. Cette tumeur est molle, d'aspect fongueux et saignant. A son extrémité on trouve une plaque noirâtre et comme sphacelée, déchirée à son centre, et laissant filtrer une sanie puriforme.

Au toucher, on se rend compte que la tumeur a une consistance plutôt ramollie et une forme assez régulière. Elle s'insère sur la lèvre postérieure du col, ainsi que le démontre l'introduction facile de la pulpe de l'index dans l'orifice externe du col. Les culs-de-sacs vaginaux sont normaux. L'utérus ne porte aucune autre tumeur et paraît sain.

Le 18 mai, la tumeur est extirpée en bloc. Deux valves larges écartant les parois vaginales en avant et en arrière, la lèvre postérieure du col est incisée au bistouri sur l'insertion de la tumeur, de manière à intéresser seulement la muqueuse. Avec le doigt on cherche à énucléer le fibrome, mais le plan de clivage est impossible à trouver, et il faut terminer l'exérèse aux ciseaux, tant la production pathologique se confond avec le tissu sain sur lequel elle est implantée.

La tumeur enlevée, des sutures sont placées sur les deux lèvres de la plaie du col, et un léger tamponnement est laissé à demeure.

La guérison s'est effectuée sans aucun accident et d'une manière complète.

Analyse anatomo-pathologique de la tumeur. Du volume d'un œuf d'oie, la tumeur offre les apparences extérieures d'un fibrome ou fibro-myôme ramolli au centre, et pourvu d'une cavité due au ramollissement; elle s'aplatit plus ou moins sur la table et présente à l'une de ses extrémités, vraisemblablement l'inférieure, une solution de continuité très irrégulière, par où la pression exercée sur la masse fait sourdre une petite quantité de liquide puriforme. L'agrandissement de cette ouverture conduit dans une cavité irrégulière, à parois bosselées, anfractueuses et d'épaisseur fort variable, selon les points. Les couches les plus internes sont très friables par place, ailleurs plus dures et presque lisses.

La grande friabilité de ces points coïncidant avec une sorte d'aspect encéphaloïde, ayant conduit à pratiquer un examen extemporané, par râclage, des éléments constitutifs, l'on vit dans le produit du râclage, des cellules volumineuses avec un ou plusieurs noyaux, anguleuses, arrondies ou très allongées, et tout d'abord l'on songea à une formation sarcomateuse; mais en multipliant les préparations l'on finit par découvrir des cellules cylindriques, ciliées ou à plateau, ce qui fit réserver le diagnostic et entrevoir quelque chose de plus intéressant.

En effet, des coupes pratiquées en différents points de la paroi, et, autant que possible, perpendiculaires à icelle, montrent qu'il ne s'agit pas d'un fibro-myôme à centre ramolli, mais au contraire d'un véritable kyste, à paroi tapissée par un épithélium, et plus ou moins modifiée par l'inflammation.

La face interne de la cavité, principalement dans les points d'aspect sarcomateux, est formée de gros bourgeons irréguliers, pressés les uns contre les autres, et séparés les uns des autres par des prolongements de l'épithélium de surface. Ceux-ci vont parfois très profondément, s'anastomosent entre eux, et tantôt se terminent en doigts de gant, tantôt aboutissent à des cavités plus ou moins arrondies, dans lesquelles il y a du pus, du muco-pus, ou simplement des détritits épithéliaux. En outre, la paroi contient des formations épithéliales, qui semblent n'avoir pas de communication avec la cavité principale.

L'intérêt de la pièce git donc tout entier dans l'étude de ces différents épithéliums.

D'une manière générale, il s'agit d'épithéliums cylindriques, à une seule couche, mais il y a cependant de l'épithélium pavimenteux stratifié sur une portion assez restreinte de la cavité principale. En outre, les cellules de l'épithélium cylindrique sont les unes califormes, les autres ciliées, d'autres enfin avec plateau dépourvu de cils. Quelquefois, parmi les formations épithéliales, sans communication apparente avec la cavité, toute la bordure épithéliale est ciliée; le plus souvent il y a mélange des différents types, et ceux que l'on rencontre habituellement, ce sont des îlots de cellules cylindriques simples. Certaines cavités ou diverticules sont exclusivement tapissées par des éléments caliciformes remplis de mucus.

Quant au tissu qui supporte ces différents épithéliums, il est d'aspect variable..... L'épithélium repose, tantôt sur du tissu fibreux riche en leucocytes ou en fibroblastes, tantôt sur du tissu conjonctif fibrillaire à peine enflammé. Quelques trainées de fibres lisses s'observent vers la face extérieure de la tumeur, mais n'y constituent pas une formation régulière et continue.

Telle est, d'une façon sommaire, la physionomie générale de cette pièce, comment faut-il l'interpréter?.....

Ou bien il s'agit d'une portion de paroi d'un conduit de Müller qui n'aurait pas fusionné convenablement avec son congénère, cette portion se serait incluse, aurait été pincée dans la paroi utérine comme le fait l'épiderme le long des fentes branchiales pour produire des kystes dermoïdes où l'on retrouve plus tard tous les éléments de la peau.

Cette dernière hypothèse me paraît la plus probable, en raison de la diversité des épithéliums que j'ai mentionnés. Nous trouvons, en effet, dans ces épithéliums tout ce que l'on trouve dans l'utérus et dans le vagin qui, normalement, se constitue aux dépens des conduits de Müller pour tapisser le canal génital dans toute sa hauteur. Si, à l'état normal, le revêtement des conduits de Müller peut aboutir aux types épithéliaux de la cavité utérine, de ses glandes et du vagin, peut-être sera-t-il logique d'admettre qu'une formation kystique comme celle-ci dérive des éléments de ce conduit, précisément parce qu'elle présente les mêmes types épithéliaux. Le canal de Wolff, au contraire, ne paraissant susceptible que d'épithéliums cylindriques, le plus souvent ciliés, il y a lieu, ce semble, d'éliminer ici son intervention.

RÉSUMÉ & CONCLUSIONS

Définition. — Les néoplasmes kystiques de l'utérus sont des productions composées d'une masse solide néoplasique, et d'une portion liquide contenue dans une ou plusieurs cavités qui, par leur volume considérable, donnent à ces productions leur caractère particulier.

Formes anatomiques. — Comme les fibromes dont ils dérivent la plupart du temps, les néoplasmes kystiques de l'utérus se développent dans les couches sous-péritonéales, dans l'épaisseur de l'organe, au sein même de la cavité utérine. Ils évoluent dans le pelvis ou dans l'abdomen. Ces différentes dispositions se combinent fréquemment dans une seule tumeur.

Origine des kystes. — La formation des kystes au sein des néoplasmes utérins peut avoir des origines diverses. Ils sont le résultat de :

- a* — *Dilatation des vaisseaux lymphatiques* (Kœberlé, Le Bec);
- b* — *Infiltration œdémateuse*, par suite de stase, aidée par la perméabilité excessive de vaisseaux très jeunes (Paviot et Bérard);
- c* — *Necrose en foyer*, consécutive à l'*oblitération des vaisseaux sanguins* par des *thrombus néoplasiques* provenant de la prolifération de l'endothélium vasculaire (Pilliet, Costes, Hyenne);

d — *Inclusion d'épithélium* provenant, soit de la *muqueuse utérine* (inclusion congénitale pour Babès et Baraban, secondaire pour Leguen et Marien), soit des débris du *corps de Wolff* (Recklinghausen).

Les trois premiers processus sont les plus ordinaires ; nous les avons rencontrés dans nos examens. Quant à l'inclusion épithéliale, malgré des investigations répétées et minutieuses, nous n'avons pu l'observer.

Nature des néoplasmes kystiques. — La nature des néoplasmes kystiques de l'utérus est *variable* ; ce sont des fibromes purs, des fibromes en voie de transformation, des sarcomes, des myomes.

La présence d'un kyste n'a pas nécessairement pour *signification* que le néoplasme où il se trouve est de nature bénigne ou de nature maligne.

Elle est simplement l'indice, non de la dégénérescence et du ramollissement de la tumeur (Virchow), mais au contraire, d'une *exaltation dans la vitalité*. Cette activité nouvelle parvient, en définitive, à former, soit du tissu adulte (cysto-fibrome, cysto-myôme), soit du tissu embryonnaire (cysto-sarcome, myôme embryonnaire de Paviot et Bérard), et alors elle indiquerait une transformation dans la constitution du néoplasme primitif (Pilliet, fibrome en voie d'évolution sarcomateuse).

C'est au microscope de déterminer, dans chaque cas particulier, à laquelle de ces interprétations on devra se rattacher au point de vue anatomique.

Cliniquement on devra craindre que la formation kystique ne soit la marque d'une *évolution vers la malignité*, déjà effectuée, en tous cas toujours possible.

Symptômes. — Le développement, vers l'âge de la *ménopause*, et de préférence après son établissement, chez une femme portant *antérieurement un fibrome*, d'une tumeur considérable à *accroissement rapide*, est un fait des plus importants qui doit attirer l'attention vers les néoplasmes kystiques de l'utérus.

Très fréquemment on observera encore des métrorrhagies importantes, des poussées de péritonite, et en outre, par suite de la compression déterminée par la tumeur, des douleurs et des troubles digestifs, circulatoires (lésions du myocarde) et urinaires (lésions des reins). — Mais ces symptômes fonctionnels sont parfois peu marqués, plusieurs même peuvent faire complètement défaut.

A L'EXAMEN. — Le chirurgien trouve dans l'abdomen une *tumeur irrégulière*, qui présente en différents endroits une grande *variation de consistance* (masses solides résistantes, poches kystiques fluctuantes), et qui est manifestement *d'origine utérine* (agrandissement de la cavité à l'hystéromètre, communication au col des mouvements).

La nature sarcomateuse maligne sera cliniquement rarement déterminée, mais seulement soupçonnée; il faudra toujours la redouter et intervenir comme si son existence était reconnue certaine.

Les cystomes utérins peuvent provoquer des *complications* graves, telles que péritonite, suppuration et rupture des kystes.

Diagnostic. — L'analyse attentive des symptômes permettra de faire le diagnostic.

1° — La palpation méthodique, l'étude du développement et des accidents qui en ont marqué le cours feront différencier les néoplasmes kystiques des *affections utérines* qui peuvent leur ressembler et spécialement :

a — *Fibromes utérins* et *fibromes ramollis*. — Leur accroissement n'est pas aussi rapide; leur consistance est partout sensiblement la même; on ne constate pas de zone fluctuante.

b — *Épithéliome de la muqueuse du corps, sarcome de la muqueuse sans hématométrie*. — La tumeur est beaucoup moins volumineuse, sa consistance est plutôt dure, les écoulements sont fétides; la cachexie est plus rapide et plus accusée. L'examen histologique du produit de râclage servira aussi à fixer le diagnostic.

c — Sarcome de la muqueuse avec hématométrie. — Les règles se sont supprimées et consécutivement est apparue une tumeur très régulière, qui est le siège d'une fluctuation difficilement appréciable (poche à parois épaisses) ; il n'y a pas de parties solides distinctes ; pas de signes de grossesse.

2° — Quant aux *affections para-utérines*, l'absence d'augmentation de l'utérus à l'hystérométrie, la non-communication des mouvements au col, suffiront généralement à les distinguer des néoplasmes kystiques de l'utérus. En outre, on remarquera :

a — Kystes de l'ovaire et du parovaire (source la plus fréquente des erreurs commises). — Ils apparaissent à un âge moins avancé ; leur développement est moins rapide ; les portions solides sont moins considérables ; il n'existe pas de métrorrhagies ; la situation dans l'abdomen est plutôt latérale que médiane.

b — Fibromes et sarcomes de l'ovaire. — Ces tumeurs sont peu volumineuses, ordinairement dures ; elles s'accompagnent d'ascite, le plus souvent sanglante, et à reproduction rapide.

c — Kystes de la trompe (séreux, hématiques, purulents). — Ce sont des poches fluctuantes sans parties solides ; nettement latérales à l'utérus ; il existe des symptômes antérieurs de salpingite.

Pronostic. — Le pronostic des néoplasmes kystique de l'utérus est grave :

a — A cause des accidents produits par le néoplasme : métrorrhagies, douleurs, troubles et lésions des différents appareils (cachexie).

b — A cause de la possibilité de complications redoutables : péritonite, suppuration et rupture des kystes.

c — A cause de la nature du néoplasme : il est bénin ou souvent encore malin ; il peut alors se propager, se généraliser, *récidiver* après l'ablation.

d — A cause de l'intervention chirurgicale qu'il nécessite.

Traitement. — Le traitement sera *hâtif* et radical. Ce sera l'*hystérectomie abdominale totale* ; quand, par l'une de ses portions, la tumeur est enclavée dans le petit bassin, il faudra avoir recours au *morcellement*.

VU : *Le Président de la Thèse,*

LE DENTU.

VU : *Le Doyen,*

P. BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AUBRY. — Sarcome diffus de la muqueuse utérine. (Th. Paris 1896.)
- BABÈS. — Formations épithéliales dans les myômes utérins. (*Wiener med. Zeitung*, 1882.)
- BARABAN. — Sur un cas de cystadénome de l'utérus. (*Revue médicale de l'Est*, octobre 1891.)
- BARABAN ET VAUTRIN. — Tumeur fibro-kystique du col d'origine congénitale. (*Annales de Gynécologie*, décembre 1898.)
- BARD. — Traité d'anatomie pathologique.
— Spécificité cellulaire. (*Congrès de Chirurgie*, 1894.)
- BÉRARD. — Cancer musculaire évoluant dans un fibroïde. (*Lyon médical*, février et juin 1896.)
- BEURNIER. — Tumeur fibro-kystique de l'utérus. (*Bull. Soc. Anat.*, octobre 1896.)
- BEYEA. — Adénome malin du corps de l'utérus. (*American Journ. of obst.*, février 1896.)
- BORREMANS. — Altérations de l'endométrium dans les tumeurs fibromyomateuses. (*Annales de l'Institut Sainte-Anne*, 1898, p. II, n° 1.)
- BOUILLY. — Contribution à l'étude des tumeurs fibro-kystiques de l'utérus. (*Sem. Gynécol.*, janvier 1898.)
- BREUS. — Présence d'éléments épithéliaux dans les formations kystiques des myômes utérins, 1894.
- BROCA. — Traité des tumeurs, 1869, t. II. p. 252.
- CAZIN. — Fibro-myôme kystique de l'utérus. (*Bull. soc. anat.* 1893.)
- L. CHAMPIONNIÈRE. — Bull. et mém. Société chirurgie, 1889, p. 196.
- CLARKE. — La dégénérescence dans les fibro-myômes utérins. (*Journ. of Americ. med. ass.*, août 1896.)
- CONGRÈS DE CHIRURGIE. — Les tumeurs fibreuses de l'utérus devant..., (*Gaz. hôp.*, 1894; 445-452.)

CORNIL ET RANVIER. — Manuel d'anatomie pathologique, 1894, t. II, p. 223-229.

COSTES. — Recherches anatomo-path. sur l'évolution de fibro-myômes de l'utérus et de ses annexes. (Th. Paris 1895.)

COUVELAIRE. — Fibro-myôme utérin kystique. (*Bull. Soc. Anat.*, mars, 1897.)

CRUVEILHIER. — Traité d'anat. path. générale, 1856, t. III, p. 652-709.

P. DELBET. — Tumeurs de l'utérus, in *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, 1892, tome VIII, p. 417-466.

— Néoplasmes, in *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, t. I, 393-679.

DOLÉRIS. — Etude des myômes malins. (*Archiv. Tocologie*, janvier et février 1883.)

DORAN. — Volumineux fibro-myôme kystique. (*Médico-chir. trans.*, LXXVI.)

— Transformation sarcomateuse d'un myôme utérin. (*Trans. path. Soc.*, mai 1890.)

DUBAR. — Tumeur fibro-kystique de l'utérus. (*Bull. méd. du Nord*, avril 1896.)

DUBREUIL. — *Revue de Chirurgie*, août 1889, p. 677.

DURET. — Tumeur polykystique de l'utérus. (*Semaine Gynécologique*, 1896.)

— Sur deux cas d'hystérectomie extraordinaires. (*Sem. Gyn.* 1897.)

— Cysto-fibromes et cysto-sarcomes de l'utérus. (*Sem. Gyn.*, mai 1898.)

FEHLING ET LÉOPOLD. — Myosarcome lymphangiectode de l'utérus — myome kystique de l'utérus. (*Archiv für Gynæk.*, 1875 p. 531.)

FRASER. — Fibrome kystique de l'utérus. (*Brit. med. Journ.*, avril 1896.)

GROSS. — Fibro-myome kystique du ligament large (*in* thèse Lang, Nancy, 1892.)

— Fibromes utérins multiples et dégénérés. (*Soc. méd., Nancy*, juillet 1898.)

GUSSEROW. — *Deutsche chir.* Bd LVII, p. 28.

GUYON. — Des tumeurs fibreuses de l'utérus. (Th. agr. Paris, 1860.)

HARSHA. — Fibro-kyste interstitiel de l'utérus. (*Americ. journ. of obstetric*, p. 32, 1887.)

HÉNOCQUE. — Art. *Liomyome* du dict. encycl. 1869.

HESTER DILL RUSSEL. — Fibro-myome kystique. (*Brit. med. Journ.*, 1897.)

- HYENNE.—Etude anatomo-clinique des principales dégénérescences des fibro-myomes de l'utérus. (Th. Paris, 1898.)
- JACOBS. — Dégénérescence et complications des myomes. (*Bullet. soc. belge de gynéc. et obst.*, avril 1896.)
- JEANNIN. — Fibro-myome kystique du ligament large à contenu hémorrhagique. (*Bull. Soc. Anat.* 1894, p. 351.)
- JOUNET VIGNARD.—Sarcome diffus de la muqueuse utérine, transformation de la cavité en un kyste sanguin. (*Archiv. provinciales Chirurg.*, 1895, IV, 12.)
- KLEIN.—Kyste des débris du corps de Wolff gauche. (*Mon. für Geb. und Gynæk.*, 1890.)
- KLOBS. — Anatomie pathol. des organes sexuels de la femme, 1894.
- KÖEBERLÉ. — Mémoires Acad. de méd. 1869.
— Gazette hebdomad. 1869, p. 120, 135, 163.
- LABADIE-LAGRAVE ET LEGUEU. — Traité de gynécologie, 1898.
- LAURENT.—Fibro-myomes et fibro-sarcomes utérins. (*La Clinique*, 1894, p. 630.)
- LE BEC. — Étude sur les tumeurs fibro-kystiques et les kystes de l'utérus. Th. Paris 1880.
- LEBERT. — Traité d'anat. path. générale et spéciale. 1859.
- LEGUEU ET MARIEN. — Rôle de l'inflammation dans le développement d'une variété de fibro-myômes utérins. (*Bull. Soc. anat.*, 24 août 1896.)
- Éléments glandulaires dans les fibro-myômes. (*Ann. Gynéc.*, février 1897.)
- MALHERBE. — Fibrome kystique de l'utérus. (*Bull. Soc. anat.*, 24 octobre 1890.)
- MEEK. — Trois cas de laparotomie pour tumeurs fibro-kystiques. (*Americ. med. Bul.*, 26 septembre 1896.)
- MEREDITH. — Trans. of the obst. Soc., London, 2 août 1887.
- MERMET. — Fibro-myômes sous-péritonéaux à formations pseudo-kystiques. (*Bull. Soc. anat.*, octobre 1896.)
- MESLAY ET HYENNE. — Ann. de Gynécologie, août 1898.
- MONOD. — Kyste de l'utérus. (*Soc. de Chirurgie*, décembre 1893.)
- MULLER. — Contribution à l'étude des tumeurs kystiques de l'utérus. (*Arch. f. Gynæk.*, 1887.)
- NEDKOW. — Kystes wolffiens des organes génitaux et annexes chez la femme. (Th. Montpellier, 1897.)

- PAVIOT ET BERARD. — Du cancer musculaire lisse en général e de celui de l'utérus en particulier. (*Arch. méd. expériment.*, 1897, 820-840, 960-995.)
- PÉAN. — Des grandes tumeurs cystiques et fibro-cystiques de l'utérus. (*Bull. Acad. de méd.*, 1880.)
- De la prétendue bénignité des fibromes utérins. (*Ann. de Gyn.*, 1893, 460-466.)
- PERRET. — Les kystes de l'utérus. (*Lyon médical*, juillet 1898.)
- PICHEVIN. — Fibrome ramolli simulant un kyste de l'ovaire. (*Jour. méd. de Paris*, septembre 1897.)
- PICK. — Sur l'histogénèse et la classification des sarcomes utérins. (*Arch. für Gynæk.*, 1895, XLVIII, 194.)
- PILLIET. — Évolution sarcomateuse d'un fibrome utérin, une hypothèse sur l'origine des fibromes. (*Bull. Soc. anat.*, janvier 1894.)
- Sur l'évolution sarcomateuse des fibromes utérins. (*Bull. Soc. anat.*, juillet 1894.)
- Étude sur le sarcome. (*Tribune méd.*, février 1895.)
- Sur la pathogénie d'une variété de fibromes intra-utérins. (*Soc. biol.*, mars 1896.)
- PILLIET ET AUVRAY. — Corps fibreux du col de l'utérus. (*Bull. Soc. anat.*, juillet 1894.)
- PILLIET ET COSTES. — Contribut. à l'étude anatomo-path. des fibromes de l'utérus. (*Soc. biol.*, 20 octobre 1894.)
- PILLIET ET THIÉRY. — Kyste hématique à myéloplaxes du ligament large. (*Bull. Soc. anat.*, octobre 1894.)
- POIRIER. — *Bull. Soc. anat.*, juillet 1890.
- POLK. — Coexistence d'un kyste para-ovarien et d'un fibro-myôme kystique. (*New-York med. journ.*, 1894.)
- POLLOSSON. — Tumeur fibro-kystique de l'utérus. (*Lyon méd.*, 1893, page 117.)
- POZZI (Samuel). — Traité de Gynécologie, 1897, *passim*.
- De la valeur de l'hystérectomie dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus. (*Th. agrég. Paris*, 1875.)
- Bull. et mémoires Soc. chirurg., 1887, page 489.
- QUÉNU. — Art. *Tumeurs*, traité chirurgie de Duplay et Reclus, t. I, 1897.
- RAFFRAY. — Fibro-myôme kystique. (*Bull. Soc. anat.*, 12 janvier 1894.)

- RECKLINGHAUSEN. — Des adénomyomes et cystadénomes de l'utérus; leur provenance des débris du corps de Wolff, 1896.
- ROLLY. — Sur un cas d'adénomyome de l'utérus. (*Arch. f. Gyn.*, décembre 1897.)
- SCHREDER. — Dégénérescence sarcomateuse secondaire des fibromes. (*Th. Strasbourg*, 1894.)
- SCHREDER (Oscar). — Cysto-fibromes de l'utérus, Strasbourg 1873.
- SCHWARTZ. — De l'hystérectomie appliquée aux fibromes et fibro-kystomes de l'utérus. (*Revue de Chirurg.*, 1882-83.)
- Tumeur fibro-kystique insérée sur le fond de l'utérus. (*Revue de Chirurg.*, 1884, page 207.)
- SCOTTLANDER. — Éléments glandulaires dans les fibro-myômes (*Arch. f. Gyn.*, 1897, t. XXVIII, page 32.)
- SEGOND. — Traité chirurgie Duplay et Reclus, t. VIII.
- STOCKARD. — Med. record, New-York, 16 août 1884.
- TERRIER. — Hystérectomie pour une tumeur fibro-sarcomateuse et kystique de l'utérus. (*Bull. Acad. de médecine* 1881.)
- Tumeur fibro-kystique latérale de l'utérus. (*Soc. chirurg.* 1884.)
- TERRILLON. — Sarcomes et Cysto-sarcomes de l'utérus. (*Bull. et mém. Soc. chirurg.* 1890, page 746.)
- Fibrome kystique. (*Acad. de méd.*, 1888, page 664.)
- TILLAUX. — Utérus kystique. (*Ann. Gynécol.*, juillet 1889.)
- VAUTRIN. — Tumeur fibreuse kystique (*Soc. de méd. de Nancy*, 9 mars 1897.)
- VIRCHOW. — Traité des tumeurs, trad Aronssohn, 1871, t. III, pages 339-422.
- VITRAC. — Fibrome polykystique malin. (*Ann. Gynécol.*, janvier 1898.)
- VOIGT. — Formations glandulaires dans les myômes. (*Mon. f. Geburts.* janvier 1896.)
- WASSEIGUE. — Enorme tumeur kystique de l'utérus (*Bull. Acad. royale de Belgique*, 15 mars 1881.)
- WEBSTER. — Volumineux kyste sanguin intrapariétal. (*Americ. journal of med. Sciences*, mars 1895.)
- WORMS — Du myome utérin hydropique. (*France médicale*, 1875.)

